Unfall und Selbstmord

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der Großherzoglich Badischen
Ruprecht-Karls-Universität zu
Heidelberg

vorgelegt von

Bruno Schoetz
z. Zt. Assistenzarzt d. L. im Felde

Heidelberg
Buch- und Kunstdruckerei Rössler & Herbert (Inh. Paul Braus)
1916

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Referent:
Geh. Hofrat Prof. Dr. Nissl.

Dekan:
Geh. Rat Prof. Dr. A. Kossel.

Meiner Mutter

in Liebe und Dankbarkeit
zugeeignet.

I. Historisches und allgemeine Übersicht.

Bevor ich auf die mannigfachen Beziehungen zwischen Unfall und Selbstmord an Hand der Literatur und des reichen Gutachtenmaterials, das ich dank der gütigen Erlaubnis der Herren Geh. Medizinalrat Dr. A. Leppmann und Dr. F. Leppmann zu veröffentlichen in der Lage bin, eingehe, halte ich es zur besseren Klarlegung der Rechtsfolgen der Selbstmorde Unfallverletzter für erforderlich, das Wesen des Selbstmordproblems, wie es sich im Bilde der Beurteilung durch Kirche und Staat wiederspiegelt, einer kurzen historischen Betrachtung zu unterziehen.

Die Bewertung der Selbstmorde anscheinend Geistesgesunder ist in den verschiedenen Zeitaltern grossen Schwankungen unterworfen gewesen. Es mutet geradezu absurd an, wenn man im Altertum und Mittelalter, ja bis zur Neuzeit nebeneinander oder unmittelbar aufeinanderfolgend Genehmigung, ja Verherrlichung des Selbstmordes, und Verabscheuung, sowie erbittertste Bekämpfung desselben findet. Die Mittel, welche man zu dieser Bekämpfung anwandte, waren zunächst das unehrliche Begräbnis, das in der Form von der stillen Verscharrung bis zum sogenannten Hundsbegräbnis, einem Auswuchse mittelalterlichen Geistes wechselte. Doch nicht ausschliesslich bei letzterem kamen Schändungen und widerliche Schaustellungen der Leichname derer, die sich selbst entleibt hatten, vor. Als andere Abschreckungsmittel, als solche darf man sie wohl bezeichnen, finden sich Einziehung des Nachlasses des Selbstmörders und schliesslich die Belegung des Selbstmordversuches mit Freiheitsstrafen, die man

doch eigentlich als eine Bestrafung der schlechten Ausführung ansprechen muss.

Was nun die Gegenwart anbetrifft, so hat sie noch keineswegs mit den Vergeltungsmassnahmen solchen Selbstmördern gegenüber, welche die Tat nicht in unzurechnungsfähigem Zustande begangen haben, aufgeräumt. Noch heute lehnt die Kirche die Mitwirkung bei einem solchen Selbstmörderbegräbnis ab. Noch heute ist in England der Selbstmordversuch strafbar und noch im Jahre 1907 hat nach Unger[42] *) das Preuss. Oberverwaltungsgericht entschieden, dass die Bestattung eines Selbstmörders auf einem abgesonderten Teil des Friedhofes zulässig sei (Entsch. des OVG., Bd. 51, S. 200 ff.).

Dagegen haben sich die Ansichten über die Selbsttötung, den Selbstmord in willenlosem, unzurechnungsfähigem Zustande in geraderer Linie entwickelt. Zwar machte man im Mittelalter noch nicht immer mit den Vergeltungsmassnahmen Halt, wenn es sich erwies, dass der Selbstmord in einem Zustande von Geistesstörung verübt worden war, doch findet man im Zeitalter der philosophischen Aufklärung bereits eine humanere Auffassung vertreten. Friedrich II. erliess dann die Verordnung (nach Unger[42]): „dass künftighin alle diejenigen mitleidenswürdige Personen, welche durch Wahnwitz, eingewurzelte Melancholie, Gemütsschwachheit, hitzige Krankheiten, Raserey oder andere dergleichen betrübte Ursachen zu dem Selbstmord gebracht werden, nicht nach der Schärfe derer bisherigen Edikte, welche ihnen nicht sowohl zur Strafe, als ihren unschuldigen Verwandten zur Prostitution und empfindlichen Vorwurf gereichen, traktieret, sondern deren Körper, wenn der Vorfall gehörigen Ortes angezeigt, und die Umstände wie vorgedacht befunden worden, ehrlich und in aller Stille begraben werden sollen". —

Mit der fortschreitenden Erkenntnis und dem grösseren Verständnis weiterer Kreise für die Geisteskrankheiten hat es sich schliesslich von selbst ergeben, dass der in

*) Nr. 42 im Literaturverzeichnis.

unzurechnungsfähigem Zustande begangene Selbstmord zunächst nur noch einige Nachteile privatrechtlicher Natur im Gefolge hatte, die vor allem in der Anfechtung von Lebensversicherungsverträgen und Rentenansprüchen zum Ausdruck kamen.

Die Lebensversicherungsverträge enthielten grösstenteils ursprünglich die Bestimmung, dass die Zahlung der Versicherungssumme im Falle des Selbstmordes fortfallen solle. Dabei war bei einigen nicht ausgenommen, bei anderen sogar ausdrücklich betont, dass diese Bestimmung auch für den Selbstmord in unzurechnungsfähigem Zustande Gültigkeit haben solle (A. Leppmann[19]). Derartige Bestimmungen konnte man auf die Dauer nicht aufrecht erhalten und die Gesellschaften entschlossen sich zu einer dahingehenden Änderung, dass die Versicherungsverträge nach einer gewissen Karenzzeit infolge Selbstmordes überhaupt nicht mehr anfechtbar sein sollten. Aber auch bei früherer Begehung des Selbstmordes ist jetzt die Versicherungssumme fällig, falls die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande begangen ist. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, so haben die Gesellschaften die eingezahlten Prämien zurückzuerstatten.

Bei der Gewerbe-Unfallversicherung ist für die Bewilligung einer Hinterbliebenenrente im Falle eines Selbstmordes folgender Satz des Gesetzes massgebend: „Dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen steht ein Anspruch nicht zu, wenn der Unfall vorsätzlich herbeigeführt worden ist", den Schultze[36] folgendermassen erläutert: „Nach der genannten Gesetzesbestimmung haben mithin im Falle des Selbstmordes die Hinterbliebenen einen Anspruch auf Rente nur dann, wenn der Selbstmord „ohne Vorsatz" ausgeführt ist, also dann, wenn der Selbstmörder geistesgestört war, und zwar derart, dass seine freie Willensbestimmung oder Zurechnungsfähigkeit, um die heute noch allgemein übliche Ausdrucksweise anzuwenden, aufgehoben war. Selbstverständlich aber berechtigt nicht der Selbst-

mord des geisteskranken versicherten Arbeiters schlechtweg zu einem Anspruch auf Entschädigung der Hinterbliebenen durch die Berufsgenossenschaft. Die Psychose muss vielmehr die, wenn auch nur mittelbare Folge eines Betriebsunfalls sein."

Für die ärztlichen und rechtlichen Erwägungen ist es zweckmässig, hier zunächst zwei Gruppen zu scheiden, je nachdem das Unfallereignis mit dem zu beurteilenden Selbsmord zusammenfällt oder der Selbstmord von dem Unfall durch einen mehr oder weniger grossen Zeitabschnitt getrennt ist. Die erstere Gruppe ergibt sich aus den Fällen, bei denen zu erwägen ist, ob ein tödliches Verunglücken im Betriebe ein Unfall im eigentlichen Sinne des Wortes oder vielmehr eine beabsichtigte Selbstbeschädigung, ein Selbstmord war.

Ein von A. Leppmann[20] berichtetes Vorkommnis, das mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit einen derartigen unter der Maske eines Betriebsunfalles verübten Selbstmord betrifft, sei hier kurz angeführt: „Es handelte sich um einen 44 Jahre alten Gasmeister, welcher in der Warenstube eines kleinen Gasanstaltsbetriebes, in welchem er beschäftigt war, eines Morgens tot gefunden wurde. Das Zimmer war mit Gas gefüllt, ein Gashahn, welcher eine zum Abbrennen von Glühkörpern bestimmte Lampe speiste, war offen und der Gummischlauch, welcher zu jener Lampe führte, war an der dem Hahn zugekehrten Seite gelöst. Die Leiche hatte nicht bloss auf dem Rücken, sondern auch an den seitlichen Gesichts- und Halsteilen hellrote Totenflecke. Festgestellt wurde, dass der Betreffende ein leichtlebiger, zum Trunke neigender Mann war, welchem am Tage vorher wegen Dienstvernachlässigung und Unterschlagung vereinnahmter Gelder mit Strafanzeige und Entlassung gedroht war."

Da aus dem Verhalten des Betreffenden nach Androhung der Anzeige und Entlassung nicht hergeleitet werden konnte, dass diese Drohung ihn zum Selbstmord bewogen habe, auch nicht ausgeschlossen werden konnte,

dass der Gasschlauch nur abgeglitten und nicht willkürlich abgelöst sei, erkannte die Berufsgenossenschaft die Entschädigungspflicht an.

Dies entspricht der Stellungnahme des Reichsversicherungsamtes zu derartig zweifelhaften Fällen, die aus folgender Rekursentscheidung[32] vom 4. Dezember 1901 hervorgeht: „Wenn ein Arbeiter innerhalb der Betriebswerkstätte verunglückt aufgefunden wird und sich der Hergang der Verunglückung nicht genau ermitteln lässt, ist im Zweifel anzunehmen, dass ein Betriebsunfall vorliegt." Zur Klarstellung dieser Fälle, in denen es ungewiss ist, ob ein Unfall oder Selbstmord vorliegt, ist die Ermittlung der Tatumstände, die Betrachtung der Todesart von Wichtigkeit, im Gegensatz zu den weiter unten zu besprechenden Selbstmorden, die Unfällen folgen, bei denen die Art des Selbstmordes für die Beurteilung von untergeordneter Bedeutung ist.

Kaufmann[15] erwähnt als Punkte, die für die Annahme eines Unfalls zu verwerten seien: „Vorherige Klagen über Unwohlsein, Dunkelheit des Betriebsraumes, Mangel von Sicherheitsvorrichtungen, Zeichen von Geistesstörung, Mangel anderer Kausalmomente." Dagegen sprächen für Selbstmord: „Chronischer Alkoholmissbrauch, direkte Motive, besondere Vorbereitungen zur Tat (Ersteigung eines Geländers, wozu der Betrieb keinen Anlass bot), endlich die gewählte Todesart."

Die Beachtung dieser Momente kann besonders dann zur Entscheidung beitragen, wenn bei einem offensichtlichen Selbstmord von den Hinterbliebenen Unfallansprüche verfochten werden. So berichtet Knepper[16] einen Fall, in welchem von der Witwe Entschädigungsansprüche wegen Betriebsunfalls gestellt, durch die Ermittlungen aber unzweifelhaft erwiesen wurde, dass Selbstmord vorlag*).

*) Der Selbstmord eines Geisteskranken unter Benutzung eines Betriebsgerätes, einer Betriebseinrichtung ist, falls die bestehende Geisteskrankheit nicht eine Unfallfolge darstellt, nach Thiem (Handbuch der Unfallerkrankungen 1909/10) nicht als entschädigungspflichtig anzusehen.

Diese Erhebungen sind aber grösstenteils Sache der berufsgenossenschaftlichen Organe.

Der Arzt, insbesondere der Psychiater, hat häufiger Gelegenheit, die Fälle zu begutachten, in denen auf einen erwiesenen Betriebsunfall ein Selbstmord folgt. Hier ist sein Urteil für das Wohl und Wehe der hinterbliebenen Familie meist von ausschlaggebender Bedeutung, denn das Reichsversicherungsamt hat in seinen Entscheidungen die Voraussetzungen für die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaften im Falle eines Selbstmordes dahingehend formuliert, dass

1. der Selbstmord in einem Zustande ausgeführt worden ist, in dem die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war,
2. dieser Zustand auf den Unfall und seine Folgen unmittelbar oder mittelbar zurückzuführen, beziehungsweise, durch Verschlimmerung eines alten, bereits bestehenden abnormen Geisteszustandes infolge des Unfalles herbeigeführt worden ist.

Oder kürzer, dass der Selbstmord

1. unter Ausschluss der freien Willensbestimmung begangen
2. dieser Zustand eine Unfallsfolge (im weitesten Sinne) ist.

Nach diesen beiden Punkten gruppiert, will ich des weiteren die hier zu veröffentlichenden 16 Gutachten, es handelt sich in einem grossen Teil der Fälle um an das Reichsversicherungsamt erstattete Obergutachten, aufführen, um an Hand des 12. Falles eine kritische Besprechung dieser beiden Forderungen folgen zu lassen.

Es ergeben sich hiernach folgende Gruppen:

a) Ausschluss der freien Willensbestimmung und diese als Unfallsfolge angenommen in 11 Fällen.
b) Nicht Ausschluss der freien Willensbestimmung, aber der Selbstmord als Unfallsfolge angenommen in 1 Falle.
c) Selbstmord nicht als Unfallsfolge angenommen in 4 Fällen.

In den nachstehenden Gutachten tritt hervor, wie schwierig es in vielen Fällen ist, sich ein völlig klares Bild von dem Seelenleben des unfallverletzten Selbst-

mörders vor und nach dem Unfalle zu machen. Es handelt sich dabei vor allem, wie A. Leppmann[19] betont, um die Entscheidung bei den reinen Stimmungskranken, den Trübsinnigen, denen das unerträgliche Gefühl des verlangsamten Ablaufes der Vorstellungen, der Gedankenöde, der Unzulänglichkeit bei der sonst gewohnten Tagesarbeit die Waffe in die Hand drückt.

Eine allem gerecht werdende nachträgliche Beurteilung dieser Kranken ist nur dann möglich, wenn Berufsgenossenschaft und Ärzte, denen der Fall zuerst zur Entscheidung vorgelegt wird, sofort alle die Erhebungen anstellen, die zur Aufklärung beitragen können. Hierher gehören zunächst die Vernehmungen der Familienangehörigen und Erhebungen bei Vorgesetzten und Arbeitsgenossen, eventl. auch bei den Ortsbehörden. Bei Feststellung der üblichen Anamnese nach psychiatrischen Grundsätzen ist auch die Erkundung der Charakteranlage und des Temperaments des zu Begutachtenden vor dem Unfalle und die genaue Ermittlung der Art des Unfalls, auf etwaige, dem Unfalle sofort folgende oder später allmälich einsetzende Veränderungen im seelischen Verhalten des zu Begutachtenden Wert zu legen, es ist nach den Motiven zur Tat zu forschen und festzustellen, ob diese, wie Pfeiffer[28] sagt, auch objektiv oder nur subjektiv als zureichend anerkannt oder auch als subjektiv unzureichend bezeichnet werden müssen. Bezüglich der Motive steht dem allerdings die Meinung Huebners[11] gegenüber, der den Standpunkt vertritt, dass man nach den sogenannten Motiven des Selbstmordes zwar forschen müsse, sie aber nur dann der Begutachtung und Beurteilung des Falles zu Grunde legen solle, wenn sonst gar kein Material vorhanden sei. An anderer Stelle gibt es aber auch dieser Autor zu, dass die Beziehungen zwischen der gegebenen Motivierung, dem Unfall und dem Selbstmord bisweilen ganz offensichtige seien.

Die Resultate der Erhebungen bei Familienangehörigen können, soweit sie die Zeit des Unfalles betreffen, nicht immer als beweiskräftig angesehen werden, da es sich um

Personen handelt, die ein besonderes Interesse an der Entscheidung haben und ihre Aussagen sofort widerrufen oder abändern, wenn sie durch diese die Erfüllung ihrer Rentenwünsche zu gefährden fürchten. In dem hinten verzeichneten 1. Falle, hat z. B. die Ehefrau zunächst angegeben, dass die Kopfnerven ihres Mannes infolge eines viele Jahre zurückliegenden Unfalles ständig schlimmer geworden seien, dass er sich über jede Kleinigkeit aufgeregt habe und schliesslich seine Nerven so schwach gewesen seien, dass er manchmal die Besinnung verloren habe. — Später aber hat sie all dieses widerrufen.

Auch im Falle 4 hat die Ehefrau bei der polizeilichen Vernehmung angegeben, dass ihr Mann zeitweise sehr stark getrunken habe, ferner berichtet, dass sein Benehmen ihr sonderbar erschienen sei, und sie ihn nicht mehr für geistig normal gehalten habe; auch hat sie ein Gespräch angeführt, im Verlaufe dessen der Mann auf ihre Vorstellungen, dass er so wenig Geld nach Hause bringe, ganz verstört geantwortet habe: „Dann muss ich das Geld noch holen", und zwei Tage später gesagt habe, dass er ihr morgen 100 000 M. mitbringen würde. Auf ihre Frage, ob er seinen richtigen Verstand nicht mehr hätte, sei von ihm die Antwort erfolgt: „Entweder bin ich oder Du verrückt". Später aber wollte dieselbe Frau alle diese Angaben zurücknehmen mit der Begründung, ihre Vernehmung habe sich so abgespielt, dass sie immer nur auf entsprechende Fragen ja oder nein geantwortet habe. Demgegenüber hat der Gutachter hervorgehoben, dass eine so grosse Anzahl von Einzelheiten unmöglich in die Zeugin hineingefragt sein könnten.

Der begutachtende Arzt wird also die Aussagen auf ihre Wertigkeit hin sorgfältig abwägen müssen, denn auch die Bekundungen völlig Unbeteiligter widersprechen sich des öfteren, besonders da von diesen häufig nicht einfache Wahrnehmungen und Tatsachen, sondern Urteile in Erfahrung gebracht und verwertet werden. Das ist aber besonders deshalb gefährlich, weil einfache Leute dazu

neigen, Äusserungen, deren Sinn ihnen nicht sofort ersichtlich ist, als „wirr“ oder „konfus“ zu bezeichnen. Noch weniger kann es aber gebilligt werden, wenn von der Berufsgenossenschaft ohne jede ärztliche Nachprüfung auf die Äusserung eines Laien hin, die Zahlung der Hinterbliebenenrente abgelehnt wird. Dies ist im Falle 8 geschehen, weil nach einer Auskunft des Gemeindevorstehers der Selbstmord in Verzweiflung geschehen sei, woraus ohne weiteres geschlossen wurde, dass eine geistige Umnachtung nicht vorgelegen habe. Derselbe Gemeindevorsteher hat aber später bei der Vernehmung ausgesagt, dass der betreffende Arbeiter, der vor dem Unfalle ein ruhiger, besonnener Mann war, nachher über zeitweise heftige Schmerzen im Kopfe geklagt, oft ein tief- und trübsinniges Wesen gezeigt und davon gesprochen habe, dass er den Verstand verlieren würde. Allmählich habe sich der Zustand verschlimmert, und namentlich im Sommer bei warmem Wetter sei der Mann sehr benommen gewesen. Die Ehefrau habe ihm schon im Sommer 1906 geklagt, ihr Mann sei besonders nachts sehr unruhig und bedrohe sie häufig mit dem Beile usw.

Ähnlich liegen die Verhältnisse im Falle 10, in welchem die Hinterbliebenenrente abgelehnt wurde, da der betreffende Arbeiter vor Verübung des Selbstmordes, nach Ansicht eines Hilfspolizeibeamten, geistig gesund gewesen sei und sich höchstwahrscheinlich aus Verzweiflung wegen der Schmälerung seiner Arbeitsfähigkeit, aber nicht in einem unzurechnungsfähigen Zustande erhängt habe.

Die sich aus diesen Äusserungen ergebenden Fehlschlüsse zeigen aufs Neue, wie gering derartige Urteilsäusserungen von Zeugen zu bewerten sind.

Hinterlassene Briefe und Notizen von Selbstmördern sind nicht selten mit gutem Erfolge zur Aufklärung zweifelhafter Fälle verwertet worden, weshalb man stets nach ihnen fragen sollte. Hier nur zwei Beispiele: Im Falle 4 fand man in dem Notizbuche des Verstorbenen folgendes: „Nur aus Faulheit nehme ich Abschied von diesem jämmer-

lichen Leben“ und auf einer anderen Seite: „Es ist mir nicht vergönnt, noch ein vernünftiges Wort zu sprechen; so lebt denn wohl, ich bin es nicht mehr wert, dass ich auf dieser Herrgotts . . . . . (zwei Worte unleserlich) . . . . . rumbummle.“

Im Falle 14 hat der zu Begutachtende seiner Mutter einen Zettel hinterlassen mit den Worten: „Ich übergebe Dir mein seit Jahren erspartes Geld. Verzeih mir, nach dem Krankenhause gehe ich nicht.“

Auch die schriftlichen und mündlichen Äusserungen des Verletzten den berufsgenossenschaftlichen Organen gegenüber in dem vorangegangenen Unfallrentenverfahren geben zuweilen bemerkenswerte Fingerzeige. — Dass von Ärzten, welche die Betreffenden in früheren Jahren behandelt oder begutachtet haben, nach Möglichkeit Berichte eingefordert werden sollten, bedürfte nicht der besonderen Erwähnung, wenn diese Berichte nicht doch zuweilen vernachlässigt würden.

Schliesslich komme ich zu der Forderung, dass bei allen Fällen von Selbstmord die Sektion der Leiche durch einen erfahrenen Pathologen vorgenommen werden sollte.

Eine Untersuchung des Blutes des Selbstmörders nach dem Abderhaldenschen Verfahren wurde neuerdings von Placzek[30] empfohlen.

Bezüglich der Sektion sei hier bemerkt, dass sie in der überwiegenden Mehrzahl der hinten aufgeführten Fälle, weder von der Berufsgenossenschaft, noch von den Vorgutachtern verlangt worden ist; in einigen Fällen verlief die Sektion ergebnislos, da sie erst nach der Enterdigung der Leiche vorgenommen wurde, nachdem die Organe bereits in Verwesung übergegangen waren. Diese Tatsache ist um so bedauerlicher, als die Arbeiten von Heller[8], Brosch[4] und Pfeifer[28] gezeigt haben, wie wertvolle Rückschlüsse von den Sektionsergebnissen auf die Psyche des Selbstmörders gezogen werden können. Wenn ich auch die Schlüsse mancher Autoren von den Sektionsergebnissen auf die Zurechnungsfähigkeit für etwas weit-

gehend erachte, so kann doch durch die Sektion zur Aufklärung so vieler Fälle beigetragen werden, dass sie nie unterlassen werden sollte.

Huebner[11] begrenzt das, was der Pathologe durch Untersuchung der Leiche aufklären kann, folgendermassen:

a) In erster Linie wird er dazu beitragen können, in zweifelhaften Fällen die Todesursache festzustellen. Lag wirklich Selbstmord vor, oder handelte es sich um einen Unglücksfall oder ein Verbrechen?

b) In einer Reihe von Fällen — es handelt sich um eine kleine Minderzahl — wird er aus seinen Befunden den direkten Schluss ziehen können, dass das Individuum, welches den Selbstmord begangen hat, geisteskrank und unzurechnungsfähig war. Es handelt sich um solche Kranke, bei denen gröbere Gehirnverletzungen, Gehirnerweichung, Blutungen im Gehirn, schwere Gehirngefässverkalkungen und starke Atrophie des Gehirns gefunden wird.

c) Im übrigen ist das Material, welches durch Obduktion gewonnen wird, ein „indirektes“: wie Brosch es ausdrückt, trägt dasselbe dazu bei, den Indizienbeweis der Unzurechnungsfähigkeit führen zu helfen. Er versteht darunter, dass durch die Sektion eine Reihe teils angeborener, teils erworbener Anomalien und Krankheitszustände aufgedeckt werden können.

Noch ein wesentlicher Punkt, der für die Forderung der regelmässigen Sektion, insbesondere der Hirnsektion mit nachfolgender eingehender mikroskopischer Untersuchung durch Spezialisten auf diesem Gebiete spricht, ist die Bereicherung der pathologischen Anatomie des Gehirns. Gering ist das hierdurch zu gewinnende Material sicher nicht einzuschätzen, selbst wenn man nicht der extremen Auffassung zuneigt, dass ein sog. physiologischer Selbstmord nicht vorkommt. Pfeifer[28] stellt zusammenfassend fest, dass die Selbstmörder fast ausnahmslos kranke

Menschen seien und fährt fort, wir befinden uns damit durchaus in Übereinstimmung mit jenen Autoren, welche das Problem von anatomischen Gesichtspunkten aus behandelt haben, so insbesondere in Übereinstimmung mit Heller, Brosch und Bartel. Zum überwiegenden Teile sind die Veränderungen derart, dass sie sich mit der Annahme einer Integrität der nervösen Zentralorgane nicht vertragen.

Huebners[11] Fazit in dieser Frage lautet, dass nur ein mässiggrosser Prozentsatz (etwa 30—40%) aller Selbstmörder geisteskrank im engeren Sinne des Wortes ist, es wird wohl von der grossen Mehrzahl der Forscher zugegeben, dass unter den Übrigbleibenden $^2/_3$ sich viele Psychopathen befinden; nur über einen Punkt herrschen noch weitgehende Meinungsverschiedenheiten, nämlich darüber, wie oft man von einem „physiologischen Selbstmord" sprechen kann. Huebner[11] hat bei Durchsicht der Literatur keinen Fall gefunden, den er als physiologischen Selbstmord für ausreichend motiviert hielt. Nach Pfeifer[28] bleibt es selbst für jene wenigen anatomisch unbefriedigenden Fälle oder für Individuen mit bedeutungslosen Befunden ganz dahingestellt, inwiefern nicht auch dort lediglich funktionelle Störungen der Zentralorgane vorliegen, welche unserem Wahrnehmungsvermögen und unseren ja noch recht unzulänglichen Wahrnehmungsmitteln entgehen. Pfeifer[28] stimmt auch den Schlüssen Esquirols, der den Selbstmord den Effekt einer Geisteskrankheit nannte und Morsellis, der ihn als Ausdruck der Degeneration hinstellte, bedingt zu.

Für den Selbstmord Unfallverletzter komme ich nach Durchsicht der bereits veröffentlichten und der hier noch zu veröffentlichenden Fälle zu dem Ergebnis, dass es sich dabei wohl nie um geistig vollwertige Individuen handelt. Im allgemeinen möchte ich mich aber der Meinung Placzeks[30] nicht verschliessen, der das Vorkommen eines physiologischen, d. h. aus zwingenden Gründen möglichen Selbstmordes, ohne dass der Täter irgendwelche krank-

hafte Abweichungen zu zeigen braucht, ausdrücklich hervorhebt. — Wenn es sich aber bei den hier in Frage stehenden Selbstmördern fast immer um geisteskranke oder in erheblichem Masse geistig minderwertige Individuen handelt, besteht dann nicht die Möglichkeit, dass der behandelnde oder begutachtende Arzt durch rechtzeitige Erkennung dieses Geisteszustandes und der damit verbundenen Gefahr zur Verhütung des Selbstmordes beiträgt? Hierzu ist zu bemerken, dass der hinzugezogene Arzt zwar jeden Unfallkranken, bei dem er eine ausgesprochene Geistesstörung feststellt, einer geeigneten Anstalt, welcher dann auch die Verhinderung eines Suizedes obliegen wird, überweisen kann und muss; es ist doch aber nicht möglich, jeden Patienten, der hypochondrische Ideen äussert, der Anstaltsbehandlung teilhaftig werden zu lassen. Die Zahl dieser Unfallhypochonder, im Verhältnis zu denen, die tatsächlich Selbstmord verüben, ist zu gross, und darin liegt die Schwierigkeit bei der Selbstmordprophylaxe Unfallverletzter. Man muss also für diese letztgenannten Fälle einen anderen Weg zur Verhütung des Selbstmordes suchen und dieser eröffnet sich, wenn man das Übel im Keime zu ersticken trachtet. Dieser Keim liegt, wie wir gesehen haben, in der Entstehung der Unfallnervenkrankheiten, zu deren Verhütung bereits eine Reihe beachtenswerter Vorschläge gemacht worden sind. Jacobi[12] erklärt, dass als Mittel zur Vorbeugung auf dem Gebiete der Prädisposition vorwiegend soziale in Betracht kommen, nämlich die Verbesserung der Ernährung und Wohnung der Arbeiter, besonders die Ermöglichung von Gartenarbeit; ferner die Hebung der gewerblichen hygienischen Verhältnisse, die Bekämpfung des Alkoholismus und die Unterstützung gesunder Sportpflege. Diese sozialen und hygienischen Vorschläge, unter denen Pfeifer[28] noch die Notwendigkeit einer liebevollen Umgebung und klugen, zielsicheren Leitung in Zeiten psychischer Gefährdung, die Notwendigkeit des Sichaussprechendürfens der Gefährdeten und der Erleichterung der Lebensaufgaben in kritischen Zeitpunkten hervor-

hebt, begründet Pfeifer[28] mit den Worten, „dass eine Erhöhung der Widerstandsfähigkeit des einzelnen Organismus, wie des gesamten Volkes jenes frühzeitige Eintreten einer Abnutzung und jene allzuweitgehende Abnutzung hintanhalten oder mindern werde, die wir als in so inniger Beziehung zur Selbstmordziffer stehend erkannt haben".

Vor ungünstigen Einflüssen der Umgebung müssen die Unfallpatienten durch Überführung in eine Erholungsstätte oder Klinik geschützt werden, doch hat es sich zuweilen auch gezeigt, dass der Aufenthalt in solchen Anstalten, wenn nicht genügend für Beschäftigung gesorgt ist, geradezu zu einer Verschlimmerung des Zustandes führen kann. So verhielt es sich im Falle 7, in welchem der Verletzte bereits nach 11 Tagen aus der Klinik entlassen werden musste, weil er sich, sobald er nicht beschäftigt oder unterhalten wurde, stets trüben Gedanken über seinen Unfall hingab und dabei in eine so deprimierte Stimmung geriet, dass man bei längerem Aufenthalt eine Verschlechterung seines Zustandes befürchten musste. In solchen Fällen würde nach körperlicher Wiederherstellung die baldige Aufnahme der Arbeit, wenn auch zunächst in eingeschränktem Masse, günstiger wirken. Um diese allmähliche Aufnahme der Arbeit zu ermöglichen, sollte die Pflicht der Wiederbeschäftigung der durch Unfall Beschädigten nach Massgabe ihres Zustandes, in dem Betriebe, in welchem sie ihre Verletzung erlitten haben, soweit dies angängig ist, gesetzlich geregelt werden.

Dass das Rentenverfahren nach Möglichkeit abzukürzen ist, haben alle Autoren, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben, einstimmig betont, doch sind die Meinungen über die Kapitalabfindung, welche sich nach Jolly[14] in der Schweiz gut bewähren soll, noch sehr geteilt. Die endgültige Entscheidung, ob die Kapitalabfindung zweckmässig ist oder nicht, dürfte wohl erst ein Versuch mit ihr ergeben.

Placzek[30] hat kürzlich die Errichtung von Selbstmörderfürsorgestellen empfohlen, in denen Geistliche,

Nervenärzte, Lehrer und Verwaltungsbeamte zusammenwirken sollen. Ihre Aufgabe soll es vor allem sein, der Umgebung von Selbstmordsüchtigen Rat und Unterstützung zu gewähren und die Wiederholung misslungener Selbstmordversuche zu verhindern.

Vielleicht würde auch der generelle Versuch einer günstigen Beeinflussung der Unfallverletzten durch aufklärende Schriften, in der Art, wie es z. Zt. in der Kriegskrüppelfürsorge geschieht, nicht ohne Erfolg bleiben. Ich denke dabei an die Broschüre Biesalskis[2], „Kriegskrüppelfürsorge. Ein Aufklärungswort zum Troste und zur Mahnung.“ Die Arbeit sucht unter Darstellung der ärztlichen Hilfsmittel an Hand von Fällen, in denen, trotz Verlustes von Gliedmassen, die frühere Tätigkeit wieder ausgeführt werden konnte, den Satz: „Es gibt kein Krüppeltum, wenn der eiserne Wille vorhanden ist, es zu überwinden“ überzeugend zu beweisen. Ein Versuch auf diesem Wege dürfte wohl auch bei Unfallverletzten nicht zwecklos sein.

Nippe[20] hat bei seiner Besprechung des Themas „Selbstmord und Reichsversicherungsordnung“ unter Benutzung der bisher veröffentlichten Fälle von Jolly, Huebner, Leppmann, Mendel, Meyer, Quensel, Thiem, Viedenz, Windscheidt und eines von ihm angeführten Falles den Weg der Statistik eingeschlagen. Doch manches heute noch Problematische der Selbstmorde Unfallverletzter wird nur durch eingehende Betrachtung der Einzelfälle der Lösung näher gebracht werden und hierzu, aber auch zur Vermehrung der noch nicht sehr reichen Kasuistik möge diese Arbeit einen Beitrag liefern.

Ich wende mich zur Ausführung und Besprechung der einzelnen Gutachten, die ich im Auszuge, doch in der Form bringe, dass es ersichtlich ist, wie die einzelnen Erhebungen angestellt und verwertet sind.

II. Kasuistik.

a) Ausschluss der freien Willensbestimmung und diese als Unfallsfolge angenommen.

1. Fall: Der 1863 geb. Maurer R. soll vor seiner 1887 geschlossenen Ehe einmal eine Stirnverletzung erlitten haben. Seine Frau hat am 5. 9. 1908 der Berufsgenossenschaft mitgeteilt: Infolge des alten Unfalls seien seine Kopfnerven, je älter er wurde, desto schlimmer geworden, jede Kleinigkeit habe ihn aufgeregt. 1908 seien seine Nerven so schwach gewesen, dass er manchmal die Besinnung verloren habe. All das hat Frau R. später widerrufen, und auch ein Polier, der den Mann 8 Jahre lang kannte, weiss nichts davon, dass R. geistesschwach oder nervenkrank gewesen wäre und bezeichnet ihn als einen tüchtigen, brauchbaren Maurergesellen. Andererseits wiederum hat ein Arbeiter, der mit R. arbeitete, von dessen „ohnehin erregtem Zustande" gesprochen. Dass er etwa Alkoholist gewesen sei, oder an dem in Betracht kommenden Tage getrunken hätte, wird nirgends berichtet.

Am 16. 6. 1908 arbeitete R., unmittelbar den Sonnenstrahlen ausgesetzt, aussen auf dem Bau. Er machte seine Arbeit auffallend schlecht. Erst rüstete er nicht vorchriftsmässig, dann fügte er die Steine ungleichmässig aufeinander, sodass er wiederholt von dem Polier getadelt und seine Arbeit wieder abgerissen werden musste. Es war an dem Tage recht heiss: 2 Uhr nachmittags betrug die Temperatur 27,8°; 9 Uhr abends 31° Celsius, dazu schien am Tage beständig die Sonne. (Auskunft des Kgl. Meteorologischen Instituts.)

Nach dem letzten Tadel, den er etwa 4 Uhr nachmittags erhalten hatte, schlug R. mit der Kelle auf den Mörtelkasten, ging weg und wurde nach 10 Minuten an seinem Leibriemen hängend aufgefunden. Wiederbelebungsversuche waren erfolglos, eine Obduktion wurde nicht vorgenommen.

Die Rentenansprüche der Witwe sind von der Berufsgenossenschaft abgewiesen worden, da der Selbstmord mit den Gefahren des Betriebes nicht ursächlich zusammenhinge.

In der Berufungsinstanz macht die Witwe geltend, dass die dem Selbstmord zugrunde liegende seelische Verstimmung auf die ungewöhnliche Hitzewirkung an dem fraglichen Tage zurückzuführen sei.

Gutachten: Wie weit R. nach einer früheren Kopfverletzung reizbar und seelisch widerstandsunfähig geblieben sein mag, ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ganz fraglich. Sicher scheint nur das eine zu sein, dass er sich an seinem Todestage sehr auffällig im Vergleich zu seinem sonstigen Verhalten benommen hat: Der sonst in seiner Arbeit zuverlässige und leistungsfähige Mann machte am 16. 6. 1908 alles so verkehrt, dass seine Leistungen gar nicht brauchbar waren. Als er wiederholt getadelt wurde, schlug er heftig mit der Kelle auf, ging hin und erhängte sich.

Alles drängt darauf hin, für ein so ungewöhnliches Verhalten eine Erklärung in ungewöhnlichen Umständen zu suchen, und da erscheint in der Tat nach den uns bekanntgewordenen Tatumständen die Erklärung am glaubhaftesten, dass R. durch einen „Sonnenstich“ abnorm geworden sei.

Die Anschauung, dass Geistesstörungen durch Sonnenstich ausgelöst werden können, ist eine volkstümlich verbreitete. Wenn man sie aber an der Hand der medizinischen Literatur nachprüft, so ist es nicht ganz leicht, sich ein Bild davon zu machen, wie der Sonnenstich auf die Geistestätigkeit einwirken kann. In den älteren medizinischen Schriften ist meist der Sonnenstich mit dem Hitzschlag

gleichbedeutend gesetzt. Dies trifft nicht zu; man kann daher auch Erfahrungen über den Hitzschlag nicht ohne weiteres auf Fälle von Sonnenstich anwenden. Immerhin ist es bemerkenswert, dass in dieser ganzen älteren Literatur immer wieder darauf hingewiesen wird, wie häufig bei langsamem Verlauf des Hitzschlages oder Sonnenstichs geistige Krankheitserscheinungen den Anfang des Leidens bilden. Die Erkrankenden seien kindisch, hysterisch, furchtsam, sie lachten oder weinten, hätten Sinnestäuschungen, böten ein ähnliches Bild wie beim Trinkerdelirium. (Passauer, Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1867.) In neueren Veröffentlichungen, in denen bereits Sonnenstich und Hitzschlag streng getrennt werden, ist aber auch ausdrücklich eine Verlaufsart des ersteren beschrieben, die sich durch geistige Veränderungen kennzeichnet. So heisst es in Villarets Handwörterbuch der gesamten Medizin: In protrahierten Fällen sieht man gelegentlich lebhafte Exitationserscheinungen von seiten des Gehirns, nämlich Aufgeregtheit, Irresein . . . . Gesichts- und Gehörshallucinationen, laute und lebhafte Delirien . . . Diese Angaben bestätigen sich, wenn man die Einzelfälle, die beschrieben sind, durchsieht. Während es sich aber in den meisten dieser Fälle immer noch um recht auffällige geistige Veränderungen handelt, die auch dem Laien gleichfalls als solche zu erscheinen geeignet sind und den bei R. beobachteten nicht ohne weiteres gleichgestellt werden können, ist gelegentlich (Cullimore 1881 in einer in Philadelphia erscheinenden ärztlichen Zeitschrift) auch darauf hingewiesen worden, dass als Vorstadium des Sonnenstichs einfach grosse Reizbarkeit, Verdriesslichkeit und Uebermüdung vorkommen. Bemerkenswert erscheint endlich für die Beurteilung unseres Falles eine Statistik von Frost (States Hospitals Bull 1896), der unter seinem grossen Material an geistigen Störungen volle 37 Fälle fand, in denen Sonenstich als Ursache erschien. Die Krankheitsformen waren ganz verschieden, auffällig war eine Neigung zum Selbstmord in 7 Fällen.

Wenn ich meine eigenen Erfahrungen den allgemeinen hinzufüge, so hat es sich in den Fällen, die mir in Erinnerung schweben, meist um junge Personen gehandelt, die sich in den Entwicklungsjahren befanden, darunter zum Teil um solche, deren Gehirn durch erbliche Belastung oder durch Kopfverletzungen schon geschädigt war. Eines zielbewussten Selbstmordes erinnere ich mich unter meinen Fällen nicht, wohl aber sind mir Selbstbeschädigungen in blinder Wut und Angriffe auf Andere bei Sonnenstich vorgekommen.

Wenn nach diesen Ausführungen auch nicht mit voller Sicherheit bewiesen werden kann, dass eine plötzlich einsetzende Geistesstörung infolge von Sonnenstich den Selbstmord R.s herbeigeführt hat, so ist meines Erachtens doch ein hinreichender Wahrscheinlichkeitsbeweis dafür geliefert. Wir wissen einerseits nicht, was R. hätte veranlassen können, seine gewohnte Arbeit mit einem Male ganz ungenügend zu leisten und sich wegen der empfangenen Zurechtweisung gleich aufzuhängen, andererseits wissen wir, dass der Sonnenstich geistige Störungen unmittelbar auslösen kann, die sich namentlich zunächst in krankhafter Verstimmung, Reizbarkeit und Mattigkeit äussern können, ehe es zu einem eindeutigen Krankheitsbilde kommt. Die krankhafte Verstimmung und Reizbarkeit aber ist ihrerseits geeignet, den Menschen zum Selbstmord zu treiben. Vielleicht kommt endlich auch noch hinzu, dass die strahlende Wärme auf R. besonders deshalb so stark gewirkt hat, weil sein Gehirn infolge früherer Beschädigungen an Widerstandskraft verloren hatte.

Bemerkungen: Dieser Fall gehört in das Gebiet der sog. „kalorischen Psychosen“ (Ziehen), die sicher keinen geringen Raum, vielleicht sogar die erste Stelle unter den Geisteskrankheiten einnehmen, die bei Vorkommen von Selbstmord nach der Reichs-Unfallversicherungsgesetzgebung entschädigt werden müssen. Zwar kann ich hier nur diesen einzigen Fall anführen und unter den von Mendel[24] und Hübner[11] veröffentlichten und den von Nippe[26]

zusammengestellten Fällen findet sich keiner mit gleichlautender Diagnose. Dies rührt aber nur daher, dass die hierher gehörigen Fälle fast ausschliesslich einer bestimmten Berufsgattung — nämlich dem Maschinenpersonal von Schiffen angehören und diese Klasse nicht in dem Material der genannten Autoren vertreten ist. Kaufmann[15] erwähnt aber, dass die See-Berufsgenossenschaft alljährlich etwa 50—60 Fälle bei zur Maschinenbedienung gehörenden Schiffspersonen, die vor allem in der heissen Zone infolge der Hitze von plötzlichem Wahnsinn befallen werden und Selbstmord begehen, zu entschädigen habe.

Kraepelin betont zwar, dass man bei der Beurteilung psychischer Erkrankungen nach Sonnenstich grosse Vorsicht walten lassen müsse. In der Regel scheine der Sonnenstich nach der rasch einsetzenden Bewusstseinstrübung mit Krämpfen keine dauernden psychischen Störungen zu hinterlassen. Meist könne man sich nach genauer Prüfung überzeugen, dass ein angeblicher Sonnenstich der erste paralytische, katatonische oder epileptische Anfall war, dessen Auftreten durch die Schädlichkeit vielleicht begünstigt, aber nicht verursacht wurde.

In dem vorliegenden Falle findet sich aber, abgesehen vielleicht von der wohl kaum schwerwiegenden Äusserung eines Arbeitsgenossen über R.s „ohnehin erregten Zustand“ nichts, was auf einen derartigen Anfall schliessen liesse. Vielmehr springt die Ähnlichkeit dieses Falles mit dem Verhalten der Schiffspersonen, die unter Einwirkung starker Hitze vom Wahnsinn befallen, urplötzlich Selbstmord verüben, ins Auge, eine Ähnlichkeit, die Ziehen ausdrücklich hervorhebt, indem er sagt, dass die Insolationspsychose weitaus am häufigsten unter dem Bilde eines „Hitzschlagsdelirs“ auftrete.

Der Einfluss der Hitze auf den Gemütszustand eines anderen Unfallkranken wurde im Falle 8 von dessen Ehefrau besonders hervorgehoben und habe ich mich daher veranlasst gesehen, das früher und hier veröffentlichte Material daraufhin zu sichten, ob ein Vorwiegen der Selbst-

morde Unfallverletzter in der wärmeren Jahreszeit (April-September) besteht. Die Untersuchung ergab, dass von den 7 Fällen Mendels 5 in diese Zeit fielen. Die Veröffentlichungen Huebners enthalten nur teilweise die Angabe des Datums, an dem der Selbstmord unternommen wurde; aus dem Angegebenen geht eine etwa gleichmässige Verteilung auf die Jahreshälften April-September und Oktober-März hervor. In den hier mitgeteilten 16 Gutachten fand der Selbstmord in 10 Fällen in den Monaten April-September statt. Bei dem an Zahl zu geringem Material ist man wohl noch nicht berechtigt, aus dem häufigeren Vorkommen der Selbstmorde Unfallverletzter in der warmen Jahreszeit weitergehende Schlüsse zu ziehen, doch entspricht dieses Ergebnis durchaus den sonst in der Selbstmordliteratur wiedergegebenen Beobachtungen. Jaspers[13] erwähnt, dass Selbstmorde und Sexualverbrechen am häufigsten im Mai und Juni vorkämen und die Aufnahmezahl der Geisteskranken im Sommer am grössten sei. Die „kausale Deutung“ dieser Gesetzmässigkeit sei aber „zweifelhaft“.

2. Fall: Der Arbeiter G. erlitt am 5. 11. 1906 eine Verletzung des linken Arms, an welche sich eine schwere Blutvergiftung anschloss. Es blieb danach eine chronische Nierenentzündung mit starken, subjektiven Beschwerden, Kopfschmerzen, Schmerzen in der Nierengegend und Schwindelanfällen zurück.

Wegen dieser subjektiven Beschwerden wurde er im Laufe des Jahres 1908 Morphinist, und zwar in solchem Umfange, dass im August 1910 zur Irrenanstaltsbehandlung geraten wurde.

Diese fand im Jahre 1911 in der Irren-Anstalt Eberswalde statt. Doch blieb er auch nach Entziehung des Morphiums geistesschwach, gleichgültig und entschlusslos. Bei der letzten Untersuchung am 19. 7. 1912 behauptete er, dass er sich keine Morphiumeinspritzungen mehr mache, hingegen gebrauchte er sichtlich innerlich Opium. Er

machte einen zerfahrenen und aufgeregten Eindruck, war ohne Grund gereizt und mürrischer Stimmung. Er klagte über starke Unruhe und Schlaflosigkeit.

Wenn jetzt der Vater berichtet, dass er sich am 24. 8. dieses Jahres (1913) infolge seines Leidens erschossen habe, so ist auch ohne genauere Ermittlungen der Tatumstände mit einiger Wahrscheinlichkeit die Richtigkeit dieses Berichtes anzunehmen.

Morphinisten neigen zu plötzlichen Stimmungsschwankungen und zu Verzweiflungsausbrüchen. Hier handelt es sich aber um einen, der bereits dauernd geistige Veränderungen, nämlich Verstandesschwäche mit krankhafter Unruhe und Reizbarkeit, hatte.

Bemerkungen: Diese gutachtliche Äusserung bildet den Abschluss einer Reihe von Begutachtungen über die Folgen des am 5. 11. 1906 erlittenen Unfalls G.s, denen ich zur Ergänzung noch folgendes entnehme: G. soll vor dem Unfall stets gesund gewesen sein und einen Arbeitsverdienst von 6 M. täglich gehabt haben. Getrunken habe er nicht. Nach der Stichverletzung am 5. 11. 1906, die er sich beim Schleifen eines Stecheisens zuzog, schwoll der Arm durch Gasentwicklung im Unterhautzellgewebe an. Allmählich folgte nach mehreren Inzisionen Rückbildung. Am 24. 1. 1907 traten aber Herzbeschwerden auf. Es wurde ein reibendes Geräusch an der Herzspitze, Fieber und reichlich Eiweiss und Nierenzellen im Harn festgestellt. Am 3. 2. 1907 kamen Gelenkschwellungen hinzu. Erst am 8. 6. 1907 konnte G. (mit $^1/_2{}^0/_{00}$ Eiweiss im Harn) entlassen werden. Nach einem Erholungsaufenthalt wurde er für noch 50% erwerbsvermindert, auf seinen Einspruch aber (Klagen über Kopfschmerzen, Schmerzen in der Nierengegend, Schwindelanfälle) für 100% erwerbsbeschränkt erachtet. In der Folgezeit wurde G. Morphinist und gab zu, sich 33 Morphiumeinspritzungen an einem Tage gemacht zu haben. Im Jahre 1909 wurde er, nach zu starken Morphiumeinspritzungen, völlig bewusstlos mit hochgradig verengten Pupillen in ein Krankenhaus eingeliefert. Es folgte eine

Entziehungskur in einer Anstalt, in der er geistesschwach, entschlusslos und gleichgültig erschien. Er zeigte kein Interesse, die Entlassung aus der Anstalt zu beschleunigen, gab sich auch keine Mühe, selbst für seine Zukunft zu sorgen.

1911 beschäftigte er sich mit leichter Gartenarbeit auf dem Grundstück seiner Eltern. Bei einer Untersuchung Nov. 1912 machte er einen geistesschwachen, zerfahrenen, ohne Grund gereizten Eindruck. Sein Aussehen war bläulich und unfrisch. Einspritzungen machte er scheinbar z. Zt. nicht, doch konnte ermittelt werden, dass er innerlich Opium genommen hatte. Die Vollrente wurde als weiter notwendig erachtet und eine ungünstige Prognose bezüglich des weiteren Verlaufs des Falles gestellt. —

Die bestehende Morphiumsucht hätte allein nicht genügt, um mit Wahrscheinlichkeit annehmen zu können, dass die freie Willensbestimmung bei Begehung des Selbstmordes ausgeschlossen war. Hier handelte es sich aber bereits um erhebliche Veränderungen auf psychischem Gebiete, die in Verstandesschwäche, krankhafter Unruhe und Reizbarkeit zum Ausdruck kamen.

Nehmen wir aber an, dass diese Anzeichen nicht hätten festgestellt werden können, so hätte es sich hier um einen Fall gehandelt, in welchem die sorgfältige mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde möglicherweise hätte Klarheit schaffen können, ob bereits Veränderungen in dem Masse vorlagen, dass sie sich mit der Annahme einer normalen Funktion nicht vertrugen.

Nissl ist durch Versuche an Kaninchen, denen er allmählich maximale Dosen von Morphium injizierte, zu dem Ergebnis gelangt, dass die Hirnrindenzellen infolge der Morphiumwirkung verkleinert und verschmälert, die gefärbte Substanz rarefiziert und schwächer gefärbt und die ungefärbte Substanz auf längere Strecken hin sichtbar werden, dass also ein Schwund der Rindenzellen und eine Vermehrung des Gliagewebes eintritt.

Eine diesbezügliche Untersuchung hat in dem vorliegenden Falle nicht stattgefunden, sie sollte aber in

zweifelhaften Fällen nicht versäumt werden und wird dann zuweilen zur Klarstellung beitragen können.

3. Fall: Der Gasarbeiter D., geb. 1868, erlitt in der Nacht vom 31. 8. zum 1. 9. 1913 gegen 12 Uhr dadurch einen Unfall, dass ihm beim Füllen der Retorte mittels der Lademaschine eine mit Holz umkleidete Kurbel gegen die Stirn schlug. Es entstand eine Beule. D. verrichtete seine Arbeit bis zum Ablauf seiner Arbeitszeit 6 Uhr früh unauffällig weiter. Darauf ging er nach Haus, wo er seiner Frau durch sein ängstlich erregtes Wesen und sein verstörtes Aussehen auffiel. Nach den Angaben seiner Ehefrau hat er wirre Reden geführt und Verfolgungsideen geäussert. Er sagte, dass auf der Gasanstalt gestreikt würde, dass er auf dem Nachhausewege von einem Mann verfolgt worden sei, dass er verprügelt werden sollte u. a. m. Er lauschte ängstlich, sah mehrfach aus dem Fenster und nach dem Treppenflur und lies sich durch das gütliche Zureden seiner Frau nicht beruhigen. Als diese 1 Uhr nachmittags von einem Ausgange zurückkehrte, fand sie ihren Mann an einem an der Decke befindlichen Gasauslasshaken erhängt vor. Die Erkundigungen über das Vorleben D.s ergaben, dass er als ein fleissiger, nüchterner, etwas verschlossener Mann galt, der mit seiner Ehefrau in bestem Einvernehmen lebte und dessen Familienverhältnisse geordnet waren.

Nur ein Arbeiter hat ausgesagt: Wie ich gehört habe, soll der Verletzte Geld verliehen haben. Zu einer Frau H. soll er gesagt haben, dass er von schwarzen Gestalten verfolgt werde. Dieses soll er etwa 14 Tage vor dem Unfall zu der Frau H. gesagt haben. Demgegenüber hat aber Frau H. ausgesagt: Es trifft nicht zu, dass der Verstorbene mir gegenüber wirre Reden geführt hat. Ich wohne mit den Leuten erst seit dem 1. 7. d. J. zusammen und habe mit dem Verstorbenen seitdem nicht geredet. Die D.schen Eheleute waren mir auch vorher nicht bekannt und kann ich über das Privatleben derselben nichts bekunden.

Die Sektion der wieder ausgegrabenen Leiche am 9. 9. 1913 ergab 5 cm oberhalb des rechten oberen Augenhöhlenrandes einen trockenen braunen Fleck, an dem die Oberhaut fehlte. Beim Einschneiden dieser Stelle fand sich das Gewebe bis zum Knochen blutig durchtränkt. Die Schädelknochen waren unverletzt. Das Gehirn entleerte sich als ein gleichmässig graugrünlicher Brei, in dem die einzelnen Teile — auch die weiche Hirnhaut — nicht zu erkennen waren.

Der begutachtende Kreisarzt kam zu dem Schluss, dass der Unfall eine halluzinatorische Verrücktheit (akute Paranoia) und diese den Selbstmord ausgelöst habe.

Diesem Gutachten schloss sich F. Leppmann unter folgender Begründung an:

Gutachten: 1. Bis auf ein dunkles unbestätigtes Gerücht ist nichts ermittelt, was auch nur auf eine beginnende Geistesstörung vor dem Unfall schliessen liesse.

2. Eine Kopfverletzung ist erwiesen, eine erhebliche Erschütterung des Schädelinnern nicht ausgeschlossen. Dass die merkbaren Folgen eines solchen Unfalls mehrere Stunden auf sich warten lassen, ist keineswegs unerhört. Dass D. auch keine Klagen geäussert hat, erklärt sich wohl aus seinem verschlossenen Wesen.

3. Die einzige Erklärung für den Selbstmord gibt die Erzählung der Ehefrau von den ängstlichen und wirren Ideen, die ihr Mann am Morgen nach dem Unfall geäussert haben soll. Was sie berichtet, klingt, verglichen mit allgemeiner psychiatrischer Erfahrung, wahr. So beginnen akute halluzinatorische Geistesstörungen, und diese kommen in typischer Weise als unmittelbare Folgen von Kopfverletzungen vor.

Bemerkungen: Bei Durchsicht der Literatur habe ich nur einen Fall ermitteln können, der mit dem hier zu besprechenden eine gewisse Ähnlichkeit aufweist. Es handelt sich um den Selbstmord eines Grubenarbeiters, nach Sturz von einer Leiter, den Huebner[11] unter der Ueberschrift „Paranoider Zustand" veröffentlicht hat.

Dort handelt es sich aber nur um einen Verletzten, der nachgewiesenermassen schon vor dem Unfalle geistig verändert war. Er hatte über Verfolgungen von seiten der Nachbarn geklagt, die ihm Schaden zuzufügen suchten; gegen seinen Sohn solle ein Prozess geführt werden, um ihn kaput zu machen und ähnliches mehr. Den Mitarbeitern war besonders das scheue und eigenartige Wesen des Verletzten aufgefallen. Die Berufsgenossenschaft hat darauf fussend, wie Huebner bemerkt, mit Recht die Rentenansprüche der Witwe abgewiesen. — Anders liegen die Verhältnisse in dem vorliegenden Falle. Hier konnte das Gerücht von einer Geistesstörung, die bereits vor dem Unfalle zum Ausdruck gekommen sein sollte, nicht ohne weiteres anerkannt werden. Unwiderlegt blieben dagegen die Aussagen der Ehefrau, welche die Gutachter zu den Diagnosen „Akute Paranoia" resp. „Akute halluzinatorische Geistesstörung" und zu der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Unfall und dem Selbstmord kommen liessen. Das Vorkommen einer akuten Paranoia, bezweifelt Kraepelin[18] und wünscht, dass, wenn man daran festhalten wolle, dem Krankheitsbilde nicht der Name Paranoia gegeben werde, weil dadurch wesentliche Merkmale der allgemein anerkannten Formen dieser Krankheit verwischt würden. Kraepelin erwähnt, dass es scheinbar Veranlagungen gibt, die zwar den Keim zu einer Fortbildung in paranoischer Richtung in sich trügen, diesen aber nur zu einer vorübergehenden und verschwommenen Wahnbildung weiter entwickelten. Er nennt Persönlichkeiten, die derart veranlagt sind „paranoide" und berichtet, dass etliche von diesen Selbstmordversuche unternähmen. Ich neige zu der Ansicht, dass es sich bei D. um eine solche Persönlichkeit gehandelt hat, und erwäge dabei die Möglichkeit, dass die Zeugenaussage über die Äusserung D.s „er habe schwarze Gestalten gesehen" nicht aus der Luft gegriffen ist, sondern der Zeuge sich vielleicht nur in der Person, zu der die Äusserung erfolgt sein soll, geirrt habe. Dass im übrigen nichts Ähnliches

aus der Zeit vor dem Unfalle zu ermitteln war, lässt sich wohl aus dem verschlossenen Wesen D.s erklären, das einer seiner Vorgesetzten, der ihn jahrelang kannte, hervorgehoben hat. Eine systematische Verarbeitung der Wahnbildung war scheinbar noch nicht erfolgt und möchte ich daher das Bild, das D. darbot, zu den Fällen von unausgebildeter „rudimentärer" Paranoia rechnen.

4. Fall: Der Zimmermann A., geb. 1872, war nach der eidlichen Aussage seines Mitarbeiters F. kein Trinker, auch war er ein ruhiger Mensch. Der Gastwirt R., bei dem er verkehrte, sagt: Er kam etwa 2mal wöchentlich, er kam mit Bekannten und trank etwa 2—3 Glas Bier.

In Widerspruch mit diesen Angaben steht diejenige von A.s Ehefrau, die bei polizeilicher Vernehmung ausgesagt und weiter schriftlich bestätigt hat: Ihr Mann habe bis Herbst 1908 zeitweise sehr stark getrunken.

A. arbeitete als Zimmermann in einem Baugeschäft; er verunglückte dort am 19. 2. 1909 dadurch, dass das Brett, auf dem er stand, abrutschte. Er fiel 5,70 m tief herunter. Ein Augenzeuge des Unfalls sagt aus: A. war besinnungslos und wurde von ihm in diesem Zustande 2 Leitern heruntergetragen. Als der Arzt kam, wollte sich A. gerade aufrichten.

Der behandelnde Arzt berichtet: Die Kopfwunde habe nur in einer Hautwunde von $^1/_2$ cm bestanden. A. habe nie über Kopfschmerzen geklagt und geistig den Eindruck eines normalen Menschen gemacht. Gegenstand der Behandlung sei eine geringe Schwellung im linken Schultergelenk gewesen und beide Verletzungen seien bis zum 13. 3. glatt und beschwerdelos geheilt. Die Kopfnarbe insbesondere sei verschieblich und nicht überempfindlich gewesen.

Am 15. 3. nahm A. seine Arbeit wieder auf und sein Arbeitgeber sagt, dass seine Leistungsfähigkeit unverändert war. Er fügte hinzu: vor und nach dem Unfall war A. zeitweise dem Trunke ergeben.

Es ist nachträglich durch die Aussagen der Zeugen bekannt geworden, dass A. nach dem Unfalle seelische Veränderungen zeigte. Einer der Mitarbeiter sagte aus: Er fing an, heftig zu werden, machte mit der Arbeit Schwierigkeiten, wurde wütend, wenn man ihm nicht den Willen tat. Er durchschnitt einmal statt eines Stückes Brett einen Ziegelstein. Ein anderer erfuhr von dem Unfall erst dadurch, dass er mit dem vorgenannten Arbeiter über das sonderbare Benehmen A.s sprach; dieser war nämlich in der letzten Zeit trübsinnig und misstrauisch geworden und fragte ihn mehrmals, ob er ihm böse sei. Auch sagte er: wenn er ihm leid wäre, sollte er es ihm sagen und ihn hinausschmeissen. A. sagte auch wohl: Du siehst, was aus einem Menschen werden kann.

Im letzten Drittel des Mai hat A. nach der polizeilichen Aussage seiner Frau wieder stark getrunken. Sein Benehmen schien zur selben Zeit seiner Frau wieder sonderbar, sie hielt ihn nicht mehr für geistig normal. Am 24. 5. 1909 machte sie ihm Vorhaltungen, dass er so wenig Geld mit nach Hause gebracht habe. Er antwortete ganz verstört: Morgen würde er ihr 100000 M. mitbringen. Darauf fragte sie ihn, ob er seinen richtigen Verstand nicht mehr habe und erhielt die Antwort: entweder bin ich oder Du verrückt. All diese Angaben, insbesondere soweit sie sich auf den Trunk ihres Mannes beziehen, will Frau A. jetzt zurücknehmen und behauptet, ihre Vernehmung habe sich so abgespielt, dass sie immer bloss auf entsprechende Fragen ja oder nein geantwortet habe.

Am Morgen des 28. 5. 1909 wurde A. tot aufgefunden. Aus Mund und Nase waren einige Speisereste und etwas Blut hervorgequollen, diese rochen stark nach Lysol und Alkohol. Eine leere Lysolflasche lag daneben. In sein Notizbuch hatte A. geschrieben: „Nur aus Faulheit nehme ich Abschied von diesem jämmerlichen Leben“ und auf einer andern Seite „es ist mir nicht vergönnt, noch ein vernünftiges Wort zu sprechen, so lebt denn wohl, ich bin es nicht mehr wert, dass ich auf dieser Herrgotts (2 Worte unleserlich) rumbummle.“

Die Berufsgenossenschaft hat den Selbstmord nicht als Unfall anerkannt. Dagegen hat der Schiedsgerichtsgutachter darauf hingewiesen, dass der mit einer Hirnerschütterung einhergehende Unfall eine Charakterveränderung mit Verstimmungen nach sich gezogen habe. Er hält als Ursache des Selbstmordes eine geistige Störung, die auf den Unfall zurückgehe, für höchst wahrscheinlich.

Die Berufsgenossenschaft hat gegen die Anerkennung des Selbstmordes als Unfall Rekurs eingelegt.

Gutachten: Wenn man sich nur nach den Aussagen der vom Schiedsgericht eidlich vernommenen Zeugen richtet, muss man dahin gelangen, Selbstmord und Unfall in ein ursächliches Verhältnis zu bringen. Wir haben es mit einem nüchternen und verständigen Menschen zu tun, der einen Sturz mit Bewusstlosigkeit erleidet, und, als er nach einigen Wochen wieder in die Arbeit zurückkehrt, reizbar, störrisch, misstrauisch ist, gelegentlich wie geistesabwesend handelt, und auch Äusserungen tut, als fühle er sich von seinen alten Bekannten nicht mehr geachtet. Das steigert sich zum Versündigungs- und Selbstverkleinerungswahn. Er nimmt mit verächtlichen Worten über sich selbst, im Gefühl, dass er nicht wert sei, länger zu leben, Abschied von der Welt und tötet sich durch Lysol. Nun trage ich ja grosse Bedenken, anzunehmen, dass in den Zeugenaussagen objektiv alles richtig ist. Namentlich das Bemühen, den Alkoholmissbrauch ganz auszuschalten, scheint mir unvereinbar mit dem übrigen Akteninhalt. Wenn man das Polizeiprotokoll liest, dann sieht man: die Frau hat zu einer Zeit, da sie noch nicht an Unfallansprüche dachte, eine Menge von Einzelheiten erzählt, die unmöglich in sie hineingefragt sein können. Eine so anschauliche Darstellung, wie sie in dem Protokoll gegeben, mit genauen Datierungen, mit Wiedergabe ganzer Gespräche, entsteht nicht, wenn man bloss auf Fragen ja oder nein antwortet. Wir können also die Angabe, dass A. bis zum Herbst 1908 zeitweise sehr stark getrunken hat, und dass er dies im Mai 1909 wieder angefangen hat,

nicht einfach beiseite legen, zumal sich auch sein früherer Arbeitgeber ähnlich ausgesprochen hat.

Immerhin bleibt, auch wenn A. ein Periodentrinker war und wenn seine Bewusstlosigkeit nach dem Unfall vielleicht auch keine vollständige war, doch die erhebliche Erschütterung des Nervensystems, die schon nach wenigen Wochen bemerkbare geistige Veränderung und die bald zum Vorschein kommende geistige Störung übrig. Und diese Umstände genügen eben doch, um den ursächlichen Zusammenhang des Selbstmordes mit dem Unfall überwiegend wahrscheinlich zu machen.

5. Fall: Der Dachdecker R., geb. 1861, über dessen Vorleben nichts belangreiches ermittelt ist, stürzte am 5. 10. 1905 bei einer Reparatur kopfüber von einem Hausdache. Er kam jedoch mit den Beinen zuerst unten an und erlitt daher, ausser Quetschungen der Beine und des Kreuzes, einen Knöchelbruch rechts und einen — später erst durch Röntgenstrahlen festgestellten — Bruch des dritten und vierten Lendenwirbels. Laut Zeugenaussagen war er auch bewusstlos.

Die über ihn seitdem erstatteten ärztlichen Gutachten enthalten zunächst weder in der Wiedergabe seiner Beschwerden, noch im objektiven Befunde Anzeichen für eine seelische Veränderung infolge des Unfalls.

Es folgt dann am 20. 7. 1906 eine ausführliche gerichtliche Begutachtung durch den Nervenarzt Dr. H. Dieser fand zwar, dass R. einen nervösen Gesichtsausdruck habe und schloss aus der Abmagerung der Beine und gewissen Sehnenreflexstörungen, dass Nervenwurzeln des Rückenmarks bei dem Unfall verletzt worden seien — weshalb er auch 100% Erwerbsminderung annahm — fand aber die Verstandestätigkeit und Stimmung unbeeinträchtigt. Als unabhängig von dem Unfall notierte er Schlagaderverhärtung.

Am 23. 11. 1906 erfolgte eine weitere Untersuchung durch den Nervenarzt Dr. A. Hier klagte R. über Schmerzen

und Schlaflosigkeit. Der objektive Befund hatte sich nicht gebessert, die Stimmung war „etwas gedrückt", der Verstand und das Gedächtnis liessen keine wesentlichen Lücken erkennen.

Am 7. 12. 1906 starb R., nachdem er sich mit Lysol vergiftet hatte.

Der Arzt, Dr. L., bescheinigte, dass er die Tat in einem Zustande geistiger Störung, durch den er des freien Willens beraubt gewesen sei, und der schon seit Wochen beobachtet worden sei, getan habe. Dieser Zustand sei durch die wühlende Erkenntnis der durch den Unfall hervorgerufenen dauernden Erwerbsunfähigkeit herbeigeführt worden.

Als Zeichen der Geistesstörung hat die Witwe angeführt, dass ihr Mann in verzweifelter Stimmung mit seinem Lose unzufrieden gewesen sei und mit Selbstmord gedroht habe.

Eine andere Zeugin bekundet, er habe seit dem Unfall, namentlich aber 14 Tage vor seinem Tode, ein verstörtes, aufgeregtes Wesen gehabt, über Schmerzen im Kopfe geklagt und Lebensüberdruss geäussert.

Die Berufsgenossenschaft hat jedoch, da der Nachweis einer Geisteskrankheit nicht geführt sei, die Gewährung einer Rente abgelehnt. Namentlich in dem Umstande, dass R. sich das Lysol selbst beschafft habe, sieht sie den Beweis dafür, dass er mit Überlegung gehandelt haben müsse.

Im Berufungsverfahren sind weitere Ermittelungen noch nicht erfolgt.

Gutachten: Das Tatsachenmaterial über den vorliegenden Fall scheint mir etwas dürftig. Eins kann aber zunächst mit voller Sicherheit gesagt werden:

Der ablehnende Bescheid der Berufsgenossenschaft enthält keine medizinisch richtige Würdigung der Sachlage, denn es ist ganz belanglos, ob R. sich das Lysol selbst beschafft hat, da eine solche „Überlegung" mit schwerer Geisteskrankheit, namentlich mit tiefem, krankhaftem Gemütsdruck sehr wohl vereinbar ist und gerade

die selbstmordsüchtigen Geisteskranken oft die äusserste Verschlagenheit in der Beschaffung der Selbstmordgelegenheit zeigen.

Zuzugeben ist, dass Frau R. selber und die von ihr angegebene Zeugin den Seelenzustand R.s vor der Tat nicht so geschildert haben, dass sich eine Geistesstörung daraus schon mit voller Sicherheit ergäbe. Die „Verzweiflung" und „Aufgeregtheit", der stiere Blick und der Lebensüberdruss sind noch keine eindeutigen Merkmale geistiger Störung.

Aber diese beiden Auskunftgeberinnen sind einfache Frauen, ganz ungeübt in der Beobachtung seelischer Krankheitsstörungen, sie wissen vielleicht den Zustand nicht richtig zu schildern. Bedeutungsvoller für die Annahme einer krankhaften Verstimmung werden ihre Angaben aber dadurch, dass der Unfall tatsächlich recht geeignet war, eine geistige Störung nach sich zu ziehen, denn er ging mit Gehirnerschütterung einher und hinterliess mit dem drückenden Bewusstsein der Erwerbsunfähigkeit auch dauernde körperliche Schmerzen — alles schädliche Einflüsse auf das Seelenleben.

Eine weitere Klärung darf man aber von der Befragung des behandelnden Arztes, Dr. L., erhoffen. Dieser hat die Geistesstörung als solche bescheinigt. Es wird ihm obliegen, seine Einzelbeobachtungen darzulegen, namentlich die Tatsachen, aus denen er schliesst, dass es sich um krankhafte Stimmungen, um Verkennung der wirklichen Lage, um krankhafte Auffassung bei R. gehandelt hat.

Nachtragsgutachten: Der Bericht des Dr. L. sen. verändert die Sachlage, denn er gibt in der Tat wesentliche Anhaltspunkte für die Annahme einer Seelenstörung R.s zur Zeit seines Selbstmordes.

Dahin gehört zunächst die ausgesprochene Wesensveränderung: der Verlust der Lebensfreude, dauernde Verstimmung.

Ferner ist wesentlich der nach der Richtung des Beeinträchtigungswahns führende Hang, sich von anderen

missachtet, für arbeitsscheu und für einen Vortäuscher gehalten zu wähnen.

Drittens spricht für eine krankhafte Ueberschätzung des eigenen Elends der Umstand, dass er ohne objektiven Grund (er hatte keine Nahrungssorgen) Vernichtung seiner materiellen Existenz, eine Verelendung fürchtete.

Durch diese 3 Faktoren, nämlich, dauernde Verstimmung, Beeinträchtigungsideen und unbegründete Furcht vor Nahrungssorgen kennzeichnet sich der Zustand, in welchem er zum Selbstmord schritt, mit ausreichender Wahrscheinlichkeit als ein melancholischer, also als eine geistige Störung. Der Zusammenhang derselben mit dem Unfalle bedarf keines näheren Beweises.

6. Fall: Der Kutscher A., geboren 1856, soll früher, bis auf einen durchgemachten Thyphus, gesund gewesen sein. Erbliche Belastung hat angeblich nicht vorgelegen.

Am 25. 7. 1903 zog sich A. durch Druck am Heugabelstiel eine Wasserblase am rechten Mittelfinger zu. Am nächsten Tage beim Drehen einer Häckselmaschine platzte diese Blase dann. Einige Tage darauf goss er sich Fluid zum Einreiben eines Pferdes in die rechte Hand, trotzdem diese noch wund war, rieb das Pferd ein und hatte dann heftiges Brennen in beiden Händen. Wenige Tage darauf war die Hand ganz rot und angeschwollen.

Das alles steht durch Aussage eines Augenzeugen fest. A. selbst hat seinerzeit angegeben, er habe sich die Blase an einem rostigen Nagel aufgerissen.

Am 7. 7. 1903 begab sich A. in das Krankenhaus, nachdem vorher schon sein Kassenarzt einen Einschnitt in die Hand gemacht hatte. Als er eingeliefert wurde, bestand eine Schwellung und Rötung der ganzen Hand und bis zur Hälfte des Unterarms. Es wurde wiederum eingeschnitten und nun trat Heilung dieses örtlichen Prozesses ein. Medicomechanische Nachbehandlung beseitigte auch die zurückgebliebenen Steifheiten, und schliesslich blieb nur noch ein geringer Kraftunterschied der Hände zurück.

Auf seelischem Gebiete bot A. anfangs nichts Auffälliges. Während der Behandlung aber machte ein nervöser Reizzustand sich geltend. Er wurde appetitlos, klagte über Kopfschmerz, Mattigkeit und Magendrücken und beobachtete sich fortgesetzt selbst. Etwa Ende August erklärte er, nicht Wasser lassen zu können und hatte eine aufs äusserste gefüllte Blase. Irgend eine örtliche Ursache hierfür war durch die Untersuchung nicht zu ermitteln. Er musste an einem Tage katheterisiert werden, die Beschwerden hielten noch mehrere Tage an, gingen dann aber auf gutes Zureden und heisse Umschläge zurück. Seine ganze Stimmung und sein Allgemeinbefinden wurden danach besser. Immerhin mied er gegen Ende des Aufenthalts im Krankenhause, noch die Unterhaltung mit andern Kranken und machte einen ängstlichen Eindruck. Er schien unter der Wirkung eines hypochondrisch-neurasthenischen Reizzustandes zu stehen.

19. 9. 03 wurde A. entlassen und soll nun zu Hause seiner Familie höchst sonderbar gegenübergetreten sein. Er mied jede Berührung mit Frau und Sohn, suchte sich sogar vor ihnen zu verstecken, und kampierte auf dem Stallboden. Jeden, der sich ihm näherte, beschwor er, ihm fern zu bleiben, da er (A.) an einer unheilbaren Krankheit leide, und nicht noch andere unglücklich machen wolle.

Am nächsten Tage begab sich Frau A. alsbald zu dem Arbeitgeber ihres Mannes und fragte ihn, was sie tun solle; letzterer fuhr nach dem Krankenhause um sich zu erkundigen; inzwischen aber benutzte A. einen unbewachten Augenblick dazu, sich auf dem Stallboden zu erhängen.

Der herbeigerufene Arzt konnte nur den Tod und das Bestehen einer Strangmarke feststellen.

Die Berufsgenossenschaft lehnte, im Gegensatz zu der Auffassung des Krankenhausarztes Dr. H., die Rentenansprüche der Witwe ab. Zunächst sei ein Betriebsunfall überhaupt nicht erwiesen. Die Wasserblase an der Hand sei durch allmählichen Druck entstanden und die Verunreinigung im Betriebe stehe nicht fest. A. sei aus dem

Krankenhause als völlig geheilt entlassen worden, könne also durch Unfallfolgen nicht in den Tod getrieben worden sein. Sein Blasenleiden stehe mit der Handverletzung nicht im Zusammenhang.

Im schiedsgerichtlichen Verfahren erklärte der Vertrauensarzt des Schiedsgerichts: Die Infektion der Wasserblase an der Hand A.s sei wahrscheinlich nicht durch den Reiz des von A. auf die Hand gegossenen Fluides, sehr möglicherweise aber durch Hineingelangen von Schmutz beim Einreiben des Pferdes entstanden.

Das Schiedsgericht verurteilte die Berufsgenossenschaft zur Zahlung der Witwenrente.

Die Berufsgenossenschaft legte Rekurs ein.

Gutachten: Nach dem gesamten Akteninhalt liegt hier eine grosse Wahrscheinlichkeit, man kann sagen, ein typischer Fall von ursächlichem Zusammenhang zwischen einer Verletzung und dem Selbstmorde des Verletzten vor. Aus einer kleinen Wunde entwickelte sich eine grosse Zellgewebsentzündung. Diese schmerzhafte Krankheit führt zu nervös-hypochondrischer Verstimmung, daraus entwickeln sich weiter hypochondrische Wahnideen, und unter deren Einfluss glaubt der Kranke, dass sein Leben für ihn und seine Angehörigen nicht mehr zu ertragen ist — er tötet sich.

Wenn gegen diese Auffassung die Berufsgenossenschaft geltend macht, A. habe unabhängig vom Unfall ein Harnblasenleiden gehabt, so ist das ein Missverständnis. Die Harnverhaltung war, wie die örtliche Untersuchung bewies, rein nervös, und dem Arzte sind solche Zustände im Gefolge hypochondrischer Nervenschwäche bezw. hypochondrischer Gemütskrankheit wohl bekannt.

Bedenklicher könnte es erscheinen, dass ich die Tatsache hypochondrischer Wahnideen aus den Angaben der Witwe allein entnehme. Ich persönlich zweifle nicht im geringsten an der Richtigkeit dieser Aussage. Einmal hat sie in ihrer Eigenart die volle Wahrscheinlichkeit für sich: ängstlich und scheu war A. schon im Krankenhause.

Zwischen diese, bei einem sonst gesunden und vorher seelisch unauffälligen Menschen, immer auf eine geistige Störung verdächtigen Erscheinungen und den Selbstmord passt aber als Bindeglied das von Frau A. behauptete Verhalten ihres Mannes nach der Heimkehr ausgezeichnet. Kaum ist der Mann einige Stunden zu Hause gewesen, so läuft die Frau schon zu seinem Arbeitgeber und bittet um Rat und Hilfe, weil ihr Mann sich in der oben geschilderten krankhaften Weise benehme; erst nachdem all dies geschehen ist, erhängt sich der Mann. Da kann man doch unmöglich an eine im voraus ausgetiftelte Komödie denken!

Dass aber die Zellgewebsentzündung mit dem Selbstmord in ursächlichem Zusammenhang steht, daran ist gar kein Zweifel.

7. Fall: Der 1862 geborene Tischler N. aus Braunschweig, über dessen Vorleben die Akten nichts Wesentliches aufweisen, erlitt am 1. 4. 1898 einen Betriebsunfall dadurch, dass eine einstürzende Bretterwand ihn an Hinterkopf und Rücken traf. Es schlossen sich, bei dem sonst gesunden Manne, nervöse Beschwerden an, und zwar trat von Anfang an auch eine Beteiligung der seelischen Leistungen hervor. Er war sehr empfindlich gegen Lärm und Unruhe und fühlte sich unfähig zu geistiger Anstrengung. Das erste ausführliche Gutachten von Dr. M. (5. 7. 1898) schätzt die Erwerbsminderung auf 75 % und erwähnt, neben nervösen Reizerscheinungen allgemeiner Art, das etwas unruhige und hastige Wesen des Verletzten.

Bei klinischer Behandlung im selben Jahre fanden die Anstaltsärzte auch wieder bei der Aufnahme den Gesichtsausdruck unruhig hastig, den Blick meist etwas verschleiert, den Puls beschleunigt, die Hände etwas zittrig, die Kniereflexe sehr lebhaft. Es wurde keine wesentliche Besserung erzielt, vielmehr wurde er schon nach 11 Tagen entlassen, weil er, sobald er nicht beschäftigt oder unterhalten wurde, sich stets trüben Gedanken über seinen Unfall hingab und

dabei in eine so deprimierte Stimmung geriet, dass geradezu eine Verschlimmerung davon zu befürchten war.

Im Dezember desselben Jahres fand Dr. E. noch keine wesentliche Besserung, im Juni 1899 war bei einer Untersuchung durch denselben Arzt während der Unterhaltung keine Verstimmung mehr feststellbar, während sich die Klagen N.s auf periodische Nackenschmerzen und Schwindel, Rückenschmerzen nach stärkerer Anstrengung, Gedankenlosigkeit und Überempfindlichkeit gegen Geräusche bezogen.

Eine Rentenherabsetzung wurde am 26. 9. 1911 nach Untersuchung von Prof. F. vorgeschlagen, der bei dem gesund und auch nach seinem Gesichtsausdruck gar nicht leidend aussehenden Manne nur lebhafte Kniereflexe und eine merklich gesteigerte Herzerreglichkeit fand. N. selbst erklärte sich mit der Herabsetzung seiner Rente auf 40% einverstanden.

Über sein weiteres Ergehen liegen keine weiteren ärztlichen Berichte, sondern nur Zeugenaussagen vor:

N. hatte am 1. 1. 1902 die Tischlerei seines Vaters, in der er zur Zeit des Unfalls arbeitete, übernommen. Er arbeitete in den letzten Jahren mit je 4 Arbeitern, die er, nach den Löhnen zu urteilen, wohl ständig beschäftigte. Der Sohn, welcher Werkführer in dem Geschäft war, sagt aus, dass dasselbe gut gegangen sei und sich beständig gehoben habe (in früheren Jahren wurde erst nur 1, dann 2 Arbeiter beschäftigt). Der Vater habe sich mit den Familienmitgliedern gut vertragen, nur wenn er von Kopfschmerzen geplagt worden sei, sei er aufbrausend gewesen und habe seine Angehörigen und Angestellten angeschnauzt, sonst sei er gut und freundlich gewesen, Geschäftssorgen habe er nicht gehabt, auch keine Krankheit in der Familie. Er habe keine Verluste erlitten, die vorhandenen Geschäftsschulden seien bezahlbar, er habe sein Leben mit 300 M. versichert, kein Testament gemacht. Er sei fleissig gewesen und habe zuletzt den Schriftwechsel, die Lohnbücher usw. geführt, in der Werkstatt aber fast nicht mehr gearbeitet. Alkohol habe er nie übermässig getrunken.

Infolge von Kopfschmerzen sei er oft bettlägerig gewesen und habe viel Bromsalz zu sich genommen.

Auch aus den Aussagen der Freunde und Bekannten N.s geht nichts hesvor, was auf Familienzwistigkeiten, Vermögensverluste, Sorgen bestimmter Art oder Geisteskrankheit schliessen liesse. Sie schildern ihn alle als einen ordnungsliebenden, verträglichen, wenn auch vorübergehend aufbrausenden Mann, der öfters an Kopfschmerzen litt und öfters verstimmt schien.

N. hatte nach Angabe seiner Frau, seines Sohnes und seines Schwiegersohnes schon früher Angst, dass er wegen seiner Kopfschmerzen noch einmal ins Irrenhaus kommen würde, und äusserte, dass er es so weit nicht kommen lassen, bezw. sich vorher das Leben nehmen würde.

Am 28. 10. 1913 kam N. nach Aussage eines Zeugen in die Werkstatt, wo dem Zeugen sofort auffiel, dass er blass aussah, und verstimmt schien. Sein Sohn berichtet, dass er den Vater gegen morgens 8 Uhr gesehen habe, dass dieser über heftige Kopfschmerzen geklagt und ihn veranlasst habe, sich durch Hinfühlen zu überzeugen, dass der Hinterkopf sehr heiss sei. Er habe dann noch gesagt, ihm sei, als ob der Kopf platzen wolle.

Er ist von seinem Geschäft auf den Boden gegangen, von dort nochmals heruntergerufen worden, da ihn ein Installateur sprechen wollte, dann ist er wieder hinaufgegangen und hat sich erhängt.

Gutachten: Die Motive zu dem Selbstmord N.s sind zwar nicht mit unbedingter Sicherheit aufgeklärt, aber doch mit hoher Wahrscheinlichkeit. N. lebte in guten Verhältnissen. Er besass ein Geschäft, das sich zunehmend vergrösserte, er wurde durch seinen Sohn unterstützt, er lebte gut mit seiner Familie. Das einzige, was die Zeugen zu sagen wissen, ist, dass er niedergeschlagen war, wenn er seine Kopfschmerzanfälle hatte. Seine Angehörigen fügen hinzu: dass er in solchen Zeiten fürchtete, irrsinnig zu werden, und dass er die Absicht aussprach, dies durch Selbstmord zu verhüten. Diese Aussage klingt im Zusammen-

hange mit denen der anderen Zeugen glaubhaft, trotzdem diese nicht über ähnliche Äusserungen berichten. Man kann sich gut denken, dass N. die Befürchtung, geisteskrank zu werden und den Gedanken, sich dann lieber das Leben zu nehmen, nur zu den ihm nächsstehenden Personen aussprach.

War dies der Grund, wegen dessen N. sich erhängt hat, so steht zunächst das Motiv in einem zweifellosen, engen Zusammenhange mit den Unfallsfolgen. Von vornherein hatte der Unfall in erster Linie einerseits Kopfbeschwerden, andererseits Klagen über seelische Überempfindlichkeit und verminderte Leistungsfähigkeit nach sich gezogen und, solange der Unfall auch her war, so war doch bis zuletzt ein erheblicher Einfluss der nervösen Unfallfolgen auf die Erwerbsfähigkeit anerkannt worden. Dass dies mit Recht geschehen ist, ergeben die Zeugenaussagen, aus denen hervorgeht, dass Kopfschmerzanfälle nicht selten auch in den letzten Jahren die Leistungsfähigkeit des Verletzten unterbrachen. Wenn er also durch solche Anfälle und durch das Gefühl verminderter seelischer Leistungsfähigkeit zu dem Selbstmordentschluss getrieben wurde, so lag darin eine Folge des Unfalls von 1898.

Wir erfahren aus den Akten von ganz unbefangener Seite, dass in den ersten Monaten nach dem Unfall N. schon Zustände gehabt hat, in denen er in eine ganz bedenklich hypochondrische Stimmung geriet, und es besteht durchaus die Möglichkeit, dass die jahrelang wiederholten Kopfschmerzanfälle ähnliche Gemütsstimmungen auch bei ihm hervorbringen konnten. Bei einer krankhaften Gemütsverstimmung aber, die noch dazu von dem die klare Überlegung beeinträchtigenden Gefühl des Kopfschmerzes begleitet ist, kann man nie ausschliessen, dass sie den Entschluss, sterben zu wollen, in zwanghafter Weise hervorruft.

8. Fall: Der angeblich unbelastete, an mässigen Alkoholgenuss gewöhnte Arbeiter F., geb. 1862, ist am 15.10.1904

dadurch verunglückt, dass ihm, während er gebückt stand, von einem Kalkwaggon eine Eisenplatte auf den Kopf fiel.

Er war etwa 10 Minuten bewusstlos und hatte eine Wunde am Vorderkopf.

Da F. nach Heilung der Wunde noch über heftige Kopfschmerzen klagte, ohne, ausser einem vom Unfalle unabhängigen chronischen Luftröhrenkatarrh, objektive Störungen zu zeigen, veranlasste der behandelnde Arzt eine Krankenhausbeobachtung.

Am 14. 3. 1905 berichtete der Assistenzarzt Dr. W., dass eine starke Klopfempfindlichkeit des Schädels und häufiger Schweissausbruch am Kopfe bestehe; es sei Unfall-Nervenschwäche anzunehmen, vorläufig bestehe wohl noch völlige Erwerbsuntauglichkeit, aber bald werde F. leichte Arbeit wieder aufnehmen können. Am 26. 5. 1905 fand der Kreisarzt Dr. N. den Verletzten immer noch ganz erwerbsuntauglich. Die objektiven Störungen waren diesmal sogar vermehrt, denn es bestand starkes Zungen- und Fingerzittern, Steigerung der Sehnenreflexe am Unterleib und ausgeprägtes Rombergsches Schwanken.

Am 9. 3. 1906 gab F. selbst dem Nervenarzt Dr. A. an, dass er sich zu leichter Arbeit wieder imstande fühle und dass er sich bereits um solche bemüht habe. Die Narbe an der Stirn war jetzt gut verschiebbar, abnormer Schweiss nicht vorhanden, ebenso kein Schwanken bei Augenschluss. Andererseits bestand noch eine Nervenschwäche, die sich durch Zungen- und Fingerzittern, Pulsbeschleunigung, lebhafte Kniereflexe, Nachröte kennzeichnete. Ausser diesen von ihm im gutachtlichen Teil betonten Störungen erwähnt Dr. A. übrigens noch Druckempfindlichkeit der Narben und der Stirnnervenstämme, starken Zungenbelag, Fehlen der Bauchreflexe, etwas Schlagaderverhärtung, Katarrh der rechten Lungenspitze mit zeitweiligen Rasselgeräuschen und allgemeiner Lungenblähung. Er schätzte die Erwerbsuntauglichkeit auf 60%. Über den seelischen Zustand des Verletzten erwähnt er nur, dass die

Verstandes- und Gedächtnistätigkeit nicht wesentlich gestört erscheine.

Im Berufungsverfahren wurde die Rente auf 75% erhöht.

Am 20. 8. 1906, drei Monate nach der Schiedsgerichtsentscheidung, hat F. sich erhängt. Die Berufsgenossenschaft lehnte die Zahlung einer Hinterbliebenenrente ab, weil nach einer Auskunft des Gemeindvorstehers der Selbstmord in Verzweiflung geschehen sei, woraus ohne weiteres geschlossen wurde, dass eine geistige Umnachtung nicht vorgelegen habe.

Die Witwe hat nunmehr Berufung eingelegt und es sind Zeugen über F.'s Verhalten nach dem Unfall vernommen worden.

Der Gemeindevorsteher sagt aus, dass F., vor dem Unfall ein ruhiger, besonnener Mann, nachher über zeitweise heftige Schmerzen im Kopfe geklagt, oft ein tief- und trübsinniges Wesen gezeigt und davon gesprochen habe, dass er den Verstand verlieren würde. Allmählich habe der Zustand F.s sich verschlimmert und namentlich im Sommer bei warmem Wetter sei F. sehr benommen gewesen. Frau F. habe dem Zeugen schon im Frühjahr 1906 geklagt, ihr Mann sei besonders nachts sehr unruhig und bedrohe sie häufig mit dem Beile. Ende Juli 1906 habe Frau F. den Zeugen zu Hilfe gerufen, weil ihr Mann sie mit dem Beile totschlagen wolle. Zeuge habe dem F. sagen lassen: wenn er sich nicht ruhiger verhalte, werde er ins Spritzenhaus gesperrt, und seitdem sei F. gegen den Zeugen auffallend scheu gewesen.

Die Hauswirtin F.s bestätigt ebenfalls, dass F.s Zustand von Trübsinn und Verstimmung nach dem Unfalle allmählich zugenommen habe, dass er über seine Frau, mit der er früher sehr gut gelebt habe, ganz wirre Reden geführt und gesagt habe, er müsse sie totschlagen. Bei warmem Wetter und nach langen Gängen habe er namentlich wirr gesprochen und in letzter Zeit vor seinem Tode habe er wegen der Drohung gegen seine Frau von der Zeugin und deren Mann öfter zur Ruhe verwiesen werden müssen.

Eine Nachbarin hat gleichfalls den Tiefsinn F.s und seine Szenen mit der Frau — die früher nie vorgekommen seien — nach dem Unfall beobachtet und aus F.s eigenem Munde vernommen, dass er meinte, vor Schmerzen sich das Leben nehmen zu müssen.

Gutachten: Schon wiederholt habe ich aus den Akten von Unfall- Nervenkranken, die sich das Leben genommen hatten, ersehen, dass ohne ärztliches Gutachten auf die Aussage oder schriftliche Mitteilung von Laien hin die Frage der Unzurechnungsfähigkeit des Verstorbenen seitens der Berufsgenossenschaft in verneinendem Sinne entschieden wurde. Dieses Verfahren muss in einer grossen Anzahl von Fällen zu Fehlschlüssen führen und gerade der vorliegende Fall ist hierfür ein deutlicher Beweis.

F. hat an einer schweren Unfallnervenschwäche gelitten. Etwa $1^1/_2$ Jahre lang erachteten ihn die Ärzte als vollkommen erwerbsuntauglich und nachher wurde nur die Wiederherstellung eines geringen Bruchteils der Erwerbsfähigkeit anerkannt. Wir wissen aber, dass schwere Formen von Unfallnervenschwäche fast regelmässig mit einer krankhaften Verstimmung und Erreglichkeit einhergehen.

Zwar hat keiner der Gutachter, die im vorliegenden Falle gehört worden sind, genaue Angaben über das seelische Verhalten F.s gemacht, aber nach dem eben Gesagten, kann man schon im Hinblick auf die Natur der Krankheit von vornherein als wahrscheinlich einen Ausschluss der freien Willensbestimmung zur Zeit des Selbstmordes annehmen.

Nun fallen aber noch die Zeugenaussagen in die Wagschale, aus denen hervorgeht, dass F. eine ganze Menge ausgesprochener Zeichen geistiger Störung dargeboten hat, die sich im Sommer bis zu dem Selbstmord immer stärker häuften. Auf denselben Gemeindevorsteher, der vorher, ohne sich der Tragweite des Wortes bewusst zu sein, von einer Verzweiflungstat gesprochen hatte, hat F. in der warmen Jahreszeit einen geradezu benommenen Eindruck

gemacht. Das ganze Wesen des Verletzten war verändert, er sprach wirr über seine Frau, er meinte, dass er sie totschlagen müsse und bedrohte sie tatsächlich mit dem Beile, alles dies ohne dass aus den Angaben der Zeugen ersichtlich geworden wäre, dass ein greifbarer wirklicher Grund zu derartigen feindseligen Handlungen vorhanden gewesen wäre.

Das sind Beweise genug, für die Annahme, dass F.s Nervenleiden im Sommer 1906 mindestens zeitweise zu einer Seelenstörung geführt hatte, die ihn unter Ausschaltung verstandesmässiger und sittlicher Hemmung, zwangsmässig zum Selbstmord drängte.

9. Fall: Der Tischler L., geb. 1859, früher nicht krank oder nervös, hat am 14. 10. 1898 eine Verstauchung des linken Fussgelenkes erlitten und trotzdem er nachher wieder Vollarbeit geleistet hat, seit dem 31. 7. 1899 Rentenansprüche wegen Schmerzen im verletzten Bein gestellt. Damals fanden die Begutachter nur eine bedeutungslose Hautverfärbung, und L. wurde in 2 Instanzen zurückgewiesen; er machte aber seine Ansprüche 1901 schon wieder geltend, auch diesmal, ohne dass es ihm gelang, eine Rente zu erreichen, zumal er nur selten tageweise aussetzte. In einem Gutachten von Geh. Rat B. wird auch erwähnt, dass Nervenstörungen nicht vorhanden seien.

Trotz alledem beanspruchte L. 1904 wieder Rente, und zwar diesmal, nachdem er monatelang die Arbeit ausgesetzt und dann leichte Arbeit übernommen hatte. Er brachte eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen einer Ischias. Er hatte druckempfindliche Stellen an verschiedenen Punkten des linken Beins, schonte dasselbe beim Gehen etwas, wies auch einen mässigen Minderumfang des linken Oberschenkels gegenüber dem rechten und bei galvanischer Untersuchung eine geringere Erregbarkeit der Oberschenkelmuskeln auf. Ferner bestand nervöse Schwerhörigkeit, unregelmässiger Schlaf und eine gelegentlich hervortretende Gemütsreizbarkeit. Am wahrscheinlichsten erschien daher

dem Gutachter als Unfallfolge, vielleicht neben einer leichten Nerven- oder Gelenkentzündung, ein funktionelles Nervenleiden, also Nervenschwäche, deren Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit der Gutachter mit 60% bewertete.

Dass dieses Leiden Unfallsfolge sei, wurde erst anerkannt, als im schiedsgerichtlichen Verfahren Geh. Rat B. sein Gutachten in diesem Sinne abgab.

L. bekam nun 60% Rente, legte aber Rekurs ein, mit dem Antrage auf Vollrente, da er seit April 1904 nicht die geringste Arbeit machen könne, Tag und Nacht heftige Schmerzen habe und in ständiger Behandlung stehe.

Ehe der Rekurs entschieden war, wurde L. im Jahre 1905 auf seinen Antrag ein Landaufenthalt bewilligt. Nachdem er von diesem zurückgekehrt war, erfolgte eine Untersuchung durch den Garnisonsarzt, welcher keine Änderung des Befundes wahrnahm.

Im Herbst 1905 bat L. um Beschäftigung im Feuerwerkslaboratorium, anscheinend vergeblich. Im Dezember desselben Jahres klagte er über fortdauernde Verschlimmerung, ohne dass eine solche oder auch nur eine Schonung des verletzten Beins wahrgenommen werden konnte.

Am 21. 4. 1906 nahm L. sich das Leben, und seine Witwe stellte nunmehr Rentenansprüche. Der behandelnde Arzt Dr. K. bekundete, dass sich im Anschlusse an das örtliche Leiden eine allgemeine Nervenschwäche ausgebildet hatte, die namentlich Januar des Jahres 1906 so schlimm geworden sei, dass er 2 Wochen im Bett gelegen habe. Allmählich, aber stetig fortschreitend, habe sich eine seelische Veränderung eingestellt, gekennzeichnet durch tiefste Niedergeschlagenheit, die mit Erregungszuständen wechselte. Er äusserte oft Selbstmordgedanken. Dass ein Mangel an Arbeit nicht mit Erwerbsunfähigkeit im gesetzlichen Sinne gleichbedeutend sei, vermochte er nicht einzusehen, vielmehr war er überzeugt, dass ihm Unrecht geschähe. Namentlich verschlimmerte sich seine Niedergeschlagenheit, als am 21. 12. 1905 das Schiedsgericht seinen Rentenerhöhungsantrag zurückwies. Dr. K. ist überzeugt, dass

L.s Selbstmord in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande geistiger Störung geschehen und somit eine indirekte Unfallfolge sei.

Diesem Gutachten schloss sich Generalarzt S. an.

Trotzdem wies die Intendantur der militärischen Institute die Ansprüche zurück, da aus dem Gutachten des Dr. K. hervorgehe, dass die seelische Störung lediglich auf den Kampf um Durchsetzung seines vermeintlichen Anspruchs auf höhere Rente zurückzuführen sei, während der Unfall als wesentliches Moment ausscheidet. In einem ähnlichen Falle habe auch das Reichsversicherungsamt den ursächlichen Zusammenhang verneint.

Frau L. hat Berufung eingelegt.

Gutachten: Der Wortlaut des Gutachtens von Dr. K. lässt deutlich erkennen, dass seine Auffassung des vorliegenden Falles der in dem Bescheide ausgedrückten Deutung genau entgegengesetzt ist. Nicht, weil L. einen unberechtigten Rentenkampf hartnäckig fortgesetzt hat, ist er nervenkrank geworden, sondern weil er infolge seines tatsächlich bestehenden schmerzhaften Leidens allmählich auch seelisch gelitten hatte, verlor er schliesslich in krankhafter Weise den Maßstab für Berechtigtes und Unberechtigtes an seinen Ansprüchen.

Meine eigene Ansicht deckt sich vollkommen mit der der beiden Vorgutachter. Dass eine seelische Störung, welche geeignet war vermöge krankhafter Verzweiflung einen Selbstmord herbeizuführen, bei L. bestanden hat, ist von Dr. K. dargetan. Damit ist hinreichend bewiesen, dass der Selbstmord in einem Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen war.

Die seelische Störung reicht aber in ihren Ursprüngen viel weiter zurück als der letzte erfolglose Rentenkampf, denn schon Ende 1904 wurde festgestellt, dass eine von Schlafmangel und Reizbarkeit begleitete Nervenschwäche als Unfallfolge bestand. Auf diese Nervenschwäche wirkten verschlimmernd der dem Verletzten damals aufgenötigte berechtigte Kampf um die Rente, die jahrelange Fortdauer

der Schmerzen und der Kummer über das vergebliche Bemühen, Arbeit zu finden. Sein letzter Kampf um Rentenerhöhung und die daran anschliessende Enttäuschung waren nur die Endglieder einer Kette von Ursachen für den seelischen Zusammenbruch. Im übrigen möchte ich doch darauf hinweisen, dass es sich bei der letzten Entscheidung der Frage, ob L. ganz erwerbsunfähig war oder nicht, keineswegs um eine Aufgabe handelte, die mit der Sicherheit eines Rechenexempels gelöst werden konnte. Gerade bei schmerzhaften Nervenleiden kann man sich doch bei der Schätzung des Grades der Schmerzwirkung sehr irren, und bei L. lag die Möglichkeit eines Irrtums in der Schätzung um so eher vor, als die letzte Entscheidung weder auf Grund klinischer Beobachtung, noch auf Grund nervenärztlichen Gutachtens gefällt worden ist. Gerade in diesem Falle ist es also am wenigsten gerechtfertigt, einen unberechtigten Rentenkampf als Ursache geistiger Störung in den Vordergrund zu stellen.

10. Fall: Der Arbeiter J., geb. 1858, hat etwa 1896 das eine Auge durch Unfall verloren und bezog seitdem 30% Rente. Sonst ist über sein Vorleben nichts ermittelt.

Am 25. 10. 1904 erlitt J. auf unaufgeklärte Weise im Betriebe einen schweren Unfall: Man fand ihn bewusstlos mit einer klaffenden Wunde an der rechten Stirn und ein Bruch beider Unterarmknochen rechts. Er blutete aus dem rechten Ohr, war nachher 14 Tage dauernd benommen, gab keine verständige Antwort, schlug häufig um sich, drängte aus dem Bett und war bisweilen derartig erregt, dass er gebunden werden musste.

Über das seelische Verhalten des Mannes nach Ablauf dieses anhaltenden Verwirrtheitszustandes bis zu seinem Tode findet sich keine einzige ärztliche Äusserung in den Akten.

Ein Bericht des behandelnden Arztes, Dr. J., vom 14. 1. 1905 beschreibt lediglich das Vorhandensein einer druckempfindlichen Narbe an der Stirn, einer Knochenverdickung am verletzten Arm.

Behandlung im Krankenhause vom 6. 4. bis 3. 8. 1905 ergab eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bis auf $33\,^1/_3\,\%$. Der Bericht erwähnt, ohne jedoch irgendwelche Folgerung für die Erwerbsfähigkeit daraus zu ziehen, dass eine leichte Lähmung der rechten Gesichtsnerven und etwas Lebhaftigkeit der Reflexe bestehe, sonst seien nervöse Störungen nicht nachweisbar. J. erklärte, er könne doch nicht arbeiten und bekomme auch keine Arbeit, legte aber keine Berufung ein.

Die Rente wurde weiter auf $20\,\%$ herabgesetzt, nachdem am 19. 2. 1906 Dr. S. die Meinung ausgesprochen hatte, es sei jetzt Gewöhnung an die Unfallfolgen eingetreten.

J. gab damals an, er könne noch gar nicht arbeiten und habe auch nicht allein zum Arzte fahren können; diesmal legte er auch Berufung ein und der Arzt, Dr. L., untersuchte ihn im Schiedsgerichtstermin, aber die Rentenherabsetzung wurde bestätigt.

Am 25. 4. 1906 wurde das Urteil gefällt und am 7. 5. 1906 machte J. seinem Leben durch Erhängen ein Ende.

Als die Witwe die Hinterbliebenenrente beanspruchte und erklärte, sie könne durch Zeugen beweisen, dass ihr Mann seit dem Unfall nicht mehr bei vollem Verstande gewesen sei, liess die Berufsgenossenschaft weder Zeugen vernehmen, noch holte sie ein ärztliches Gutachten ein. Die Ermittlungen erstreckten sich vielmehr nur auf eine Anfrage bei Dr. S., wann und weswegen er zuletzt den J. behandelt habe und auf Anfrage bei der dortigen Polizeiverwaltung. Es stellte sich heraus, dass Dr. S. den J. zuletzt vom 7. 1. bis 22. 3. 1905 wegen Gesichtsneuralgie und anderer Folgen seines Unfalls behandelt hatte, dass J. jedoch nach Ansicht des Hilfspolizeibeamten R. geistig gesund war, sich höchst wahrscheinlich aus Verzweiflung wegen der Schmälerung seiner Arbeitsfähigkeit, aber nicht in einem unzurechnungsfähigen Zustand erhängt habe. Erst nachdem Frau J. von der Berufsgenossenschaft abgewiesen worden ist und Berufung eingelegt hat, sind

auf Anregung des Schiedsarztes Dr. E. Zeugen eidlich vernommen worden.

Am längsten kannte von diesen Zeugen den J. der Arbeiter G. Dieser sagt: J. sei ein sehr lustiger und vergnügter Mensch und ein tüchtiger Arbeiter bis zu seinem Unfall gewesen, dann sei er in zunehmendem Masse missmutig und verzagt geworden. Wenn man ihn fragte, wie es ihm gehe, wurde er leicht verdriesslich und falsch, ja sogar wütend.

Die Arbeiterin G. kannte J. auch bereits seit 16 oder 17 Jahren. Sie fand ihn völlig verändert, seit er aus dem Krankenhause gekommen war. Er bekam Wutausbrüche, beschimpfte seine Frau ohne jeden Anlass in gemeiner Weise, stiess und bedrohte sie, warf ihr das Essen um. Öfters sprach er Selbstmordabsichten aus, einmal murmelte er vor sich hin: „Was soll ich noch auf der Welt. Frau und Kinder müssen mich ernähren." Seine Mitarbeiter waren, wie Frau G. berichtet, alle überzeugt, dass J. namentlich seit der Krankenhauszeit nicht normal sei. Plötzliche, unmotivierte Wutausbrüche gegen seine Angehörigen beobachtete bei ihm im Februar 1905 Dr. W. Bei seinen Bekannten beklagte er sich noch am letzten Lebenstage bitter über seinen Zustand.

Gutachten: Der Fall J. liegt derartig, dass die ihm zuteil gewordene Deutung schwer zu begreifen ist. J. hat notorisch einen Schädelgrundbruch mit nachfolgender wochenlanger Bewusstseinsstörung und Geistesstörung erlitten. Er hat davon objektive Nervenstörung (namentlich halbseitige Schwäche der Gesichtsmuskulatur) zurückbehalten und hat sich monatelang im Jahre 1905 wegen Gesichtsschmerzen behandeln lassen. Dennoch bekommt er, so sehr er auch dagegen protestiert, nur so viel Rente, als der Zustand seines verletzt gewesenen Armes zu erfordern scheint. Niemals wird erörtert, ob hier denn keine Schädigung des Nervensystems vorliege. Und als der Mann dann schliesslich freiwillig aus dem Leben geht, wird die Behauptung seiner Unzurechnungsfähigkeit auf den Bericht eines Hilfspolizeibeamten hin zurückgewiesen.

Ich glaube, dass die vorstehende Sachdarstellung schon genügt, um zu zeigen, dass bei der Unvollkommenheit der früheren Ermittlungen lediglich die neuerdings eingeholten Zeugenaussagen dem Gutachten zugrunde gelegt werden können. Aus diesen Zeugenaussagen geht hervor, dass bei J. ein abnormer Seelenzustand bestanden hat, wie er nach schweren Kopfverletzungen nicht selten beobachtet wird, wie er schon wissenschaftlich festgestellt war, ehe es eine Unfallgesetzgebung gab, nämlich eine krankhafte Gereiztheit und trübe Verstimmung. Ob die ersten Keime dieses Seelenzustandes schon von der einseitigen Erblindung herrühren, wie ein Zeuge meinte, ist belanglos. In ausgesprochener Weise trat die Wesensveränderung erst ein, als J. den hier in Betracht kommenden Unfall erlitten hatte, vielleicht sogar erst nach der im Krankenhause zugebrachten Zeit. So würde es sich auch am einfachsten erklären, dass die Ärzte im Krankenhause bei dem Verletzten keine seelische Veränderung notierten; freilich können aber beginnende seelische Krankheiten auch dem Arzte, wenn er kein Psychiater von Fach ist, leicht entgehen, zumal es sich bei diesen Zuständen reizbaren Missmutes um etwas anderes handelt, als um die übliche Unfallhysterie. Sobald wir aber wissen, dass J.s Geistesleben durch den Unfall in der oben bezeichneten Weise krankhaft verändert war, so ist es auch ausreichend wahrscheinlich, dass er zur Zeit seines Selbstmordes unzurechnungsfähig war, denn seine ohnedies vorhandene seelische Störung wurde in jener Zeit durch das Schiedsgerichtsurteil vom 25. 4. 1906 noch besonders ungünstig beeinflusst.

Fall 11: Der Maurer B., geb. 1865, erlitt am 21. 11. 1904 einen Betriebsunfall. Er stürzte von einer etwa 70 cm hohen Bockrüstung infolge eines Fehltritts herunter und schlug mit der linken Seite auf ein Wasserfass.

Der Arzt, Dr. S., welchen er aufsuchte, stellte eine Quetschung der linken Brustkorbseite fest. Näheres über den objektiven Befund hat er nicht angegeben.

B. blieb bis Anfang Februar 1905 in ärztlicher Behandlung. Noch bei der polizeilichen Vernehmung am 20. 1. 1905 klagte er über heftige Schmerzen in der Seite. Dazu kamen dann Klagen allgemeinerer Art, Ermüdbarkeit und Steifigkeit des Körpers.

Am 10. 2. wurde die Arbeit wieder aufgenommen und am 16. 2. 1905 fand Dr. S. objektiv nichts als eine Schmerzhaftigkeit im linken Schultergelenk. Er schätzte die Erwerbsminderung auf 30%.

In demselben Sinne sprach sich im Berufungsverfahren der Kreisarzt Dr. Z. aus. Beiden Ärzten machte B. einen glaubwürdigen Eindruck.

B. blieb in Behandlung des Dr. S., welcher am 21. 9. 1905 mitteilte, dass der Zustand des Verletzten sich verschlimmert habe und völlige Erwerbsunfähigkeit eingetreten sei. B. bekam nämlich, wie der Maurer K. inzwischen als Augenzeuge ausgesagt hat, am 6. 9. einen Blutsturz bei der Arbeit. Am 10. 9. konsultierte er Dr. S. wegen Bluthustens; am 13. 9. hatte er wieder einen grösseren Blutsturz und Dr. S. fand über der linken Lunge unterhalb des Schlüsselbeins einen durch Rasselgeräusche gekennzeichneten Krankheitsherd.

Dieser heilte nach Dr. S.s Feststellung, wie vorweg berichtet sei, sehr langsam und B. war hierüber oft sehr gedrückt. Dem von der Berufsgenossenschaft zugezogenen Kreisarzt Dr. Sch. waren die Ermittlungen über B.s Lungenleiden nicht bekannt, als er am 29. 9. 1905 den B. untersuchte, und, ausser einer sehr mangelhaften Ausgiebigkeit der Atmung, keine körperlichen Störungen fand. Er misstraute den Angaben B.s und notierte, dass derselbe zu hypochondrischer Verstimmung neige. Vielleicht habe es sich auch bei der Blutung, von der B. ihm erzählte, um einen mit dem Unfall nicht zusammenhängenden unwesentlichen Vorgang gehandelt.

Am 22. 11. 1905 aber überzeugte sich Dr. Sch., dass spärliche Geräusche über der rechten und linken Lunge

wahrzunehmen waren, und empfahl Einweisung B.s in die Charité.

Inzwischen hatte B. am 4. 11. um Beschleunigung seines Antrages und um Vorschuss gebeten, und am 24. 11. 1905 ist er gestorben.

Aus den Büchern des Leichenschauhauses geht nur hervor, dass er von irgendwoher schwer krank nach dem Krankenhaus am Friedrichshain transportiert werden sollte und unterwegs starb, „angeblich an Lysolvergiftung". Eine Leichenöffnung hat nicht stattgefunden. Die Ehefrau will von dem Schutzmann, der die Nachricht brachte, ebenfalls erfahren haben, dass es sich um Lysolvergiftung gehandelt hätte. Sie nimmt an, dass ihr Mann sich seine Krankheit, durch die er auch körperlich und geistig geschwächt gewesen sei, so zu Herzen genommen habe, dass er deswegen in den Tod gegangen sei.

Die Berufsgenossenschaft hat die Zahlung der Hinterbliebenenrente abgelehnt.

Die von mir angeregten Ermittlungen über B.s Verhalten in seiner letzten Lebenszeit haben folgendes ergeben:

Der behandelnde Arzt, Dr. S., fand den B. seit dem Blutsturz sehr niedergeschlagen und hoffnungslos, in letzter Zeit besonders still und in sich gekehrt. Während er immer gearbeitet hatte, wurde er während seiner Krankheit einigermassen gegen Leben und Gesundwerden. Dr. S. erblickt das Motiv des Selbstmordes in B.s Furcht, nie wieder gesund zu werden und langsam hinzusiechen.

Dass B. nach dem Blutsturz im Gegensatz zu früher ein gedrücktes Wesen hatte, bestätigen eine Reihe von Zeugen, sowie die Ehefrau B.s.

Gelegentlich soll B. Äusserungen getan haben, die vielleicht auf Selbstmordabsichten hätten schliessen lassen, z. B. die Ärzte glauben ihm doch nicht, er wisse schon nicht mehr, wovon er leben solle, aber anderen werde er nicht zur Last fallen. Er müsse es ändern, wenn es nicht anders werde. Als er seine Wohnung wechselte und seinen Hausrat untergebracht hatte, meinte er: heruntertragen

werde er davon wohl niemals wieder etwas. Kurz vor seinem Tode erkundigte er sich noch bei seiner Zeitungsfrau, ob seine Zeitung bezahlt sei. B.s Familienverhältnisse sollen gute gewesen sein, es seien höchstens unwesentliche Wortwechsel vorgekommen.

Ob er Not gelitten hat oder zu befürchten hatte, ist nicht ersichtlich. Er hat nur ein einziges Kind, einen 18jährigen Sohn, welcher Barbierlehrling ist, und die Ehefrau geht auf Arbeit. Sie war zwar eine Zeitlang augenleidend, aber Oktober 1905 wieder erwerbsfähig.

Gutachten: Durch die angestellten Ermittlungen muss es zunächst als festgestellt erachtet werden, dass B. keine greifbaren sozialen Ursachen zum Selbstmord gehabt hat, und namentlich, dass ein unmittelbarer dringender Notstand für ihn nicht bestand.

Es muss aber mindestens als wahrscheinlich angenommen werden, dass die tatsächlichen Unfallfolgen, welche an und für sich nicht so umfangreich waren, dass B. an sich und seiner Zukunft hätte verzweifeln müssen, von ihm viel ungünstiger empfunden wurden, als es von Beschädigten in der Regel geschieht.

Der Unfall hat sicher erheblich auf sein Seelenleben gewirkt. Er hielt sich für überflüssig, glaubte, nur anderen zur Last zu fallen, verrannte sich immer mehr und mehr in die Idee, dass ihm nicht mehr zu helfen sei, dass er dahinsiechen müsse.

Er hatte also deutliche Zeichen einer schweren Gemütskrankheit, einer sog. hypochondrischen Melancholie.

Bemerkungen: Ich komme mit der Besprechung der Fälle 4—11 zu der Gruppe, welche, wie bekannt, die erste Stelle unter den geistigen Erkrankungen einnimmt, die zum Selbstmord führen. Es handelt sich um die melancholischen und hypochondrischen Seelenzustände. Die bisherige Forschung hat ergeben, dass sich im allgemeinen zwar am häufigsten im Verlaufe der Melancholie Selbstmorde ereignen, dass aber die Selbstmorde Unfallverletzter in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Hypochondern be-

gangen werden. Mendel[24] stellt in sämtlichen von ihm berichteten Fällen die Diagnose Hypochondrie und wünscht von den vier Melancholiefällen Huebners[11] drei der Hypochondrie zugerechnet zu sehen. Die Grenze zwischen Hypochondrie und Melancholie ist offenbar infolge Fehlens persönlicher Beobachtung nicht immer ganz scharf zu ziehen. In Zukunft wird man wohl auch dazu übergehen, die Fälle von Hypochondrie und Melancholie nicht mehr als selbständige Krankheitsbilder, sondern nur als Zustandsbilder der Neurasthenie, Hysterie, Psychopathie u. a. resp. des (manisch-) depressiven Irreseins aufzuführen. Ohne aber auf diese noch schwebenden Fragen des weiteren eingehen zu wollen, habe ich mich entschlossen, die melancholieartigen Bilder nach Kraepelin unter der Bezeichnung „Depressive Zustände" anzuführen und die Fälle von hypochondrischer Neurasthenie mit den übrigen, bei denen nicht mit absoluter Sicherheit aus den Erhebungen zu ersehen war, welchem Krankheitsbild der zum Selbstmord führende „hypochondrische Zustand" zuzurechnen war, unter letzterer Bezeichnung zusammenzufassen.

Die Unmöglichkeit, eine bestimmter gehaltene Diagnose in manchen Fällen zu stellen, ergibt sich aus dem Umstande, dass zuweilen dem Selbstmorde nur geringe Stimmungsveränderungen vorausgehen, die von der Umgebung nicht weiter beachtet werden und die Überweisung des Kranken an einen Psychiater in der Regel unterlassen wird. Als depressive Zustände betrachte ich die Fälle 4 und 5. Im Falle 4 kam als ursächliches Moment noch neben dem Unfalle das periodische Trinken des Begutachteten in Frage, auch hätte man vielleicht für Beides, Unfall und Selbstmord, den Alkoholismus verantwortlich machen können, wenn nicht durch die Aussagen seiner Arbeitsgenossen und Vorgesetzten hätte festgestellt werden können, dass erst, als A. nach dem Unfalle die Arbeit wieder aufnahm, eine geistige Veränderung an ihm beobachtet worden ist.

Was nun die Frage anbetrifft, ob ein mit Bewusst-

losigkeit einhergehender Unfall ein manisch-depressives Irresein verursachen kann, so betont Kraepelin, dass gegenüber der angeborenen Veranlagung äussere Einflüsse nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Nehmen wir nun aber bei A. eine depressive Veranlagung an, was wir ohne Zwang deshalb tun können, da es bekannt ist, dass eine grosse Zahl der Periodentrinker depressiv veranlagt ist und durch den übermässigen Alkoholgenuss nur ihre Angst zu betäuben sucht, so ist die weitere Annahme, dass bei dem ohnehin depressiv Veranlagten der Unfall eine schwere Depression ausgelöst habe, wohl gerechtfertigt.

Fall 5 stellt ein typisches Bild eines depressiven Zustandes dar, wenn man die verschiedenen Aussagen zusammenstellt: Andauernde traurige, verzweifelte Stimmung, Verschlossenheit und Vorsichhindämmern — wohl als Hemmungserscheinung zu deuten — und schliesslich völlig unbegründete Beeinträchtigungs- und Verarmungsideen, Furcht vor der Verelendung. Erwähnt muss auch werden, dass von dem Gutachter arteriosklerotische Veränderungen festgestellt worden sind, da eine beginnende Arteriosklerose des Gehirns auch allein einen depressiven Zustand hervorrufen kann. Klargestellt konnte auch hier das Bild nur durch den Bericht des früheren Arztes R.s werden, da sich die Schilderung des Zustandes durch die Ehefrau in allgemeinen Ausdrücken erschöpfte.

Ausser diesen zwei Fällen fand ich keinen, den ich als echten depressiven Zustand anerkennen möchte. Vielmehr handelt es sich bei der Mehrzahl der übrigen Verletzten zunächst um das Auftreten einer traumatischen Neurasthenie, die allmählich in einen hypochondrischen Zustand überging.

Nach den Gesetzen der Psychologie lässt sich dieser Vorgang vielleicht so erklären, dass die Vorstellung des Unfalls und seiner Folgen für den Verletzten mit einem unlustbetonten Gefühl verknüpft ist. Diese Vorstellung wird ausser durch die direkten Schmerzempfindungen, durch die Verhandlungen mit der Berufsgenossenschaft, durch die

wiederholten ärztlichen Untersuchungen u. a. m. immer wieder ins Bewusstsein zurückgerufen und damit der mit ihr verbundene Gefühlston. Da aber die Gefühle langsamer wechseln als die Vorstellungen, bleibt das Unlustgefühl auch dann bestehen, wenn der Verletzte sich nicht mit dem Unfall und seinen Folgen beschäftigt, ein Gefühl, das ihn schliesslich alles grau in grau sehen lässt. Er hat das Gefühl, dass die Summe der unlustbetonten Ereignisse für ihn zu gross sei und wirft daher die Last des Lebens von sich.

Pathologisch ist aber meist schon die Gemütsverfassung, welche den Verletzten die Unfallsfolgen schwerer empfinden lässt, als es normalem, ruhigem Empfinden entspricht. Dies tritt besonders bei den hypochondrischen Neurasthenikern hervor, bei denen die körperlichen Folgen des Unfalls oft gering sind, im Verlaufe der Behandlung aber das Überhandnehmen rein psychischer Erscheinungen zu beobachten ist.

Im Falle 6 war z. B. zunächst auf seelischem Gebiete nichts Auffälliges zu bemerken. Erst allmählich machte sich ein nervöser Reizzustand geltend. Der Patient wurde appetitlos, klagte über Kopfschmerz, Mattigkeit, Magendrücken und beobachtete sich fortgesetzt selbst. Bald erklärte er auch, nicht mehr allein Wasser lassen zu können, eine Erscheinung, die erst auf gutes Zureden und heisse Umschläge wieder verschwand, nachdem der Patient mehrfach katheterisiert worden war. Körperlich war nach abgeschlossener Behandlung nur ein geringer Kraftunterschied der Hände festzustellen. Seelisch aber blieb er scheu und verändert und benutzte den ersten unbewachten Augenblick, um sich zu erhängen.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse in den folgenden Fällen, in denen bereits der körperliche Befund — lebhafte Kniereflexe, Pulsbeschleunigung, Hand- und Zungenzittern, verschleierter Blick usw. — auf das Bestehen einer Neurasthenie hinwies, in deren Verlauf sich hypochondrische Gedanken einstellten. Vorwiegend wiesen die Patienten

ein gehemmtes Wesen auf, doch trat in einzelnen Fällen auch eine abnorme Reizbarkeit, meist mit Klagen über Kopfschmerz verbunden, zutage, eine Reizbarkeit, die zuweilen in tätliche Bedrohung der Umgebung ausartete. Wiederholt wurde von diesen Kranken die Befürchtung ausgesprochen, geisteskrank zu werden, mit dem Bemerken, dass sie es aber dazu nicht kommen lassen, sich vielmehr vorher das Leben nehmen würden. Diesen Drohungen konnte dann auch ungehindert die Ausführung folgen, da die Angehörigen meist den Worten keine Beachtung schenkten und deshalb nicht die nötigen Vorsichtsmassregeln trafen. Die hypochondrischen Neurastheniker müssten aber mit der gleichen Fürsorge umgeben werden, wie die echten Melancholiker, da sie, wie es sich aus allen bisherigen Veröffentlichungen ergibt, ganz besonders dazu neigen, Selbstmord zu verüben.

b) Nicht Ausschluss der freien Willensbestimmung, aber Selbstmord als Unfallsfolge angenommen.

12. Fall. Der 1883 geborene Arbeiter H. aus Berlin war seit 1907 mit kurzer Unterbrechung bei den Städt. Wasserwerken als Erdarbeiter beschäftigt. Er war seit 1909 verheiratet und hatte drei Kinder.

Er war ein ordentlicher, nüchterner Arbeiter, der auch mit besseren Arbeiten betraut wurde.

Mehr wissen wir von seinem Vorleben nicht. Die Frau sagt, dass er gesund war, und in Eintracht mit ihr, in guten, auskömmlichen Verhältnissen lebte.

Am 7. 2. 1913 stand er gebückt in einem 1,70 m tiefen Rohrgraben, als ein anderer Arbeiter ein Stück Rohrmuffe von etwa 8 kg Schwere herauswarf. Dieses fiel in den Graben zurück und traf H. auf den Hinterkopf. Die Wunde wurde im Virchow-Krankenhause vernäht. Es soll eine Röntgenaufnahme gemacht worden sein; Dr. U., der ihn behandelt hat, erinnert sich, dass die Knochen-

platte leicht angedrückt gewesen sei. „Seines Wissens verlief der Heilverlauf günstig."

Am 27. 3. 1913 nahm H. seine Arbeit wieder auf.

Die Frau gibt an: Seit dem Unfall sei H. sehr erregbar und nervös gewesen, habe nach der Arbeit häufig über heftige Kopfschmerzen geklagt und öfter, ohne sich krank zu melden, Dr. U. aufgesucht.

Am 18. 10. habe er sich sehr niedergeschlagen gezeigt und habe sich nachts um 11 Uhr in der Wohnung erhängt. Leider ist keine Leichenschau oder -Öffnung erfolgt.

Solche Fälle sind ohne Aufklärung weiterer Einzelheiten nicht zu beurteilen. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Tod und Unfall wäre nur beim Nachweis einer den Selbsmord verursachenden, die freie Willensbestimmung ausschliessenden Geistesstörung, als Unfallsfolge gegeben.

Dieser Nachweis ist nicht geführt; selbst wenn man als richtig unterstellt, dass H. seit dem Unfall Kopfschmerzen gehabt hat, erregbar, leicht verstimmt und nervös gewesen ist. Denn diese einfachen nervösen Erscheinungen nach Kopfverletzungen sind noch keine Geistesstörung. Sie mögen bei Menschen mit abnorm schwachem Willen den Anlass zum Selbstmord hier und da geben, aber sie zwingen nicht zur Tat, sie machen nicht willensunfrei. Gegen eine Geistesstörung spricht die fortgesetzte regelrechte Arbeitsleistung des Verletzten. Was diesen sonst in den 20 Monaten nach dem Unfall für Ereignisse betroffen haben können, die ihn zur Selbsttötung trieben, können wir nicht wissen.

Andererseits ist die Möglichkeit, dass sich eine tiefere Gemütskrankheit aus den Unfallfolgen entwickelt haben kann, nicht völlig ausgeschlossen. Dieser Möglichkeit nachzugehen, wird um so notwendiger sein, als es sich um einen jungen, nüchternen, tüchtigen Menschen handelte, der in geordneten Verhältnissen gelebt zu haben scheint, bei dem also nicht ohne weiteres andere Selbstmordursachen als geistige Störung gegeben sind.

Meines Erachtens muss Frau H. noch einmal vernommen werden, und ihr Gelegenheit gegeben werden, über das seelische Verhalten H.s nach dem Unfall eingehendere Angaben zu machen. Auch empfiehlt es sich, seine nächsten Vorgesetzten und Mitarbeiter genauer über ihn zu vernehmen. Hat er vielleicht durch den Krieg nahe Angehörige verloren, hat ihm Verlust der Arbeit gedroht? War ein Strafverfahren gegen ihn anhängig oder dergl.?

Dies alles ist meines Erachtens vor abschliessender Beurteilung des Falles zu ermitteln. — —

Diese Ermittlungen ergaben, dass H., nach Angabe seiner Ehefrau aus nervengesunder Familie stammte.

Frau H. kennt ihren Mann seit 8 Jahren und ist seit 6 Jahren mit ihm verheiratet.

In dieser Zeit hatte er, wie er angibt, im 2. Jahre der Ehe Rheumatismus. Etwa im Januar 1911 wurde er im Betriebe einmal verschüttet. Eine Zeitlang nachher war er wegen Nervenleidens in der Heilstätte Beelitz (März bis Mai 1911). Etwa ein Jahr lang bezog er danach 27 M. Rente. Dann ging es ihm wieder besser.

Er rauchte nicht stark, trank nicht. Die Frau hat 3 mal richtig entbunden, 1 mal fehlgeboren. Geschlechtskrank sei ihr Mann nicht gewesen.

Nach Aussage des Inspektors A. war H. mit kurzen Unterbrechungen seit 1907 in den Städt. Wasserwerken von Berlin beschäftigt, ordentlich und nüchtern. Er wurde auch mit besseren Arbeiten betraut. Die gleiche Kennzeichnung seines Wesens geben die Kolonnenführer und Arbeiter, mit denen er in Berührung gekommen ist. Einer von diesen fügt aber etwas nicht Unwesentliches hinzu. H. sei ein Mensch gewesen, der weitergestrebt habe und bemüht gewesen sei, sich hervorzutun. Wegen seines Eifers und weil er gestottert habe, sei er öfters von seinen Kameraden geutzt worden und habe sich darüber aufgeregt.

Das Wesen des Verletzten nach dem Unfall kam dem Zeugen F. nicht auffällig verändert vor. Zu G. hat H.

nach dem Unfall öfter, besonders bei schlechtem Wetter, über Kopfschmerzen geklagt und gemeint: ihm sei so wuschig im Kopfe. Aehnlich hat er sich zu dem Arbeiter A. geäussert. Diesem, der aber erst nach dem Unfalle mit H. in näheren Zusammenhang gekommen ist, fiel es auf, dass H. mitunter bei geringen Kleinigkeiten sehr erregt werden und bei anderen Gelegenheiten wiederum manches harte Wort vertragen konnte. Auch habe er manchmal gesprochen wie ein Kind. S. sagt, dass nach seinen Wahrnehmungen H. nach dem Unfall oft „konfuse, fast kindische Reden, die S. vorher bei ihm nicht wahrgenommen hätte," geführt habe.

Ich habe es für notwendig gehalten, noch einmal mit Rücksicht auf alle für die ärztliche Begutachtung notwendigen Fragen, Frau H. selbst zu vernehmen.

Frau H. schildert die Folgen des Unfalls: Er habe, nachdem die Kopfwunde gut verheilt war, zeitweise über Druck im Kopfe, Flimmern vor den Augen geklagt. Erst sei es nicht so sehr gewesen, später mehr. Zuletzt habe er manchmal wie abwesend gesessen. Krankhafte Vorstellungen habe er nicht geäussert. Sein Schlaf sei leise und unruhig gewesen.

Jede Kleinigkeit habe ihn aufgeregt.

In Geldsorgen seien sie nie gewesen. Er habe mit ihr im vollen Frieden gelebt. Von Selbstmord habe er nie gesprochen. Seine geschlechtliche Tätigkeit habe nicht nachgelassen.

An dem Abend des Selbstmordes habe Frau H. sich auf Bitten ihrer Nachbarin, die umziehen wollte, bei dieser aufgehalten. Diese Zeit benutzte er, sich zu erhängen.

Gutachten: Dass sich H. wegen der Unfallfolgen das Leben genommen, ist mit Wahrscheinlichkeit zu vermuten. Es fehlt jedes andere bekannte Motiv und es war aufgefallen, dass er seit dem Unfall ziemlich über Kopfbeschwerden klagte. Auch war er in seinem Wesen den Mitarbeitern verändert vorgekommen, und seine Frau schildert in recht glaubhafter Weise die Grundzüge dieser

Veränderung, auf die ich noch genauer zurückzukommen habe. Das Reichsversicherungsamt hat aber in ständiger Rechtsprechung den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Selbstmord verneint, solange die Unfallfolgen nur innerhalb eines verhältnismässig normalen Seelenlebens zu Motiven des Selbstmordes geworden waren. Erst dann sei eine ursächliche Verknüpfung gegeben, wenn eine vom Unfall herrührende Geisteskrankheit unter Ausschluss der freien Willensbestimmung den Entschluss zum Selbstmorde herbeiführe, wenn also der Selbstmord keine Willensäusserung, sondern lediglich eine Krankheitsäusserung, und zwar eine Äusserung der Unfallskrankheit darstelle.

Die geistigen Veränderungen H.s, die ihm nachgesagt werden, reichen aber nicht hin, um das Bild einer Geisteskrankheit mit Ausschluss der freien Willensbestimmung zu ergeben. Wir kennen aus reichlicher Erfahrung den Gemütszustand, der sich nach Kopfverletzungen nicht selten ausbildet: Die Leute neigen zu Kopfschmerzen, sie werden unfroh, empfindlich gegen ihre Angehörigen, auch wohl gegen Freunde, sie neigen zum Grübeln über ihre Krankheit und sitzen in ihren Feierstunden bedrückt und versonnen da, statt sich mit ihrer Umgebung zu beschäftigen. Sie äussern gelegentlich Behauptungen über ihre Unzulänglichkeit oder Befürchtungen für die Zukunft, sind auch wohl zerstreut, wenn sie aus ihren Gedanken aufgescheucht werden. Das hindert sie aber nicht im allgemeinen Verständnis für ihre Lebenslage und Fähigkeit zur Selbstbeherrschung bis zu einem gewissen Grade zu haben. Ich habe weder aus den Äusserungen des vernommenen Mitarbeiters H.s, noch aus dem Bericht der Frau H. selbst etwas herauslesen können, was über den eben geschilderten Grad geistiger Veränderung hinausginge und eine geistige Krankheit im engeren Sinne mit Aufhebung der freien Willensbestimmung kennzeichnete. Allenfalls könnte man sich an die Redewendung des Zeugen S. halten, dass H. konfuse und kindische Reden geführt habe. Aber die Erfahrung lehrt, dass häufig ungelehrte Leute als konfus,

kindisch, verrückt und dergl. jede Rede bezeichnen, deren Inhalt oder Zusammenhang ihnen nicht leicht verständlich ist oder auch nur aus dem Rahmen ihrer gewohnten Gedankengänge in einer für sie auffälligen Weise hinausgeht.

Ich kann also nur annehmen, dass unter Mitwirkung irgend welcher besonders ungünstiger äusserer Umstände, die sich nachträglich nicht mehr übersehen lassen, eine bis zum Selbstmordentschluss gesteigerte Verstimmung bei H. entstanden ist, zu der die Unfallfolgen nur eine mässige Veränderung und körperliche Beschwerden als Grundlage gegeben hatten, nicht aber, dass H. in einem durch den Unfall bedingten Zustande von Unzurechnungsfähigkeit Hand an sich gelegt hat.

Bemerkungen: Die Erscheinungen, die sich bei H. nach dem Unfalle eingestellt haben, sind die bei Traumatikern typischen: Kopfschmerzen, Flimmern vor den Augen, unruhiger Schlaf und Reizbarkeit. Symptome einer beginnenden Geistesstörung konnten aber nicht ermittelt werden. Vielmehr hat H. seine Arbeit nach $1^1/_2$ Monaten wieder aufgenommen und bis zu dem etwa $1^1/_2$ Jahre später verübten Selbstmorde regelrecht fortgesetzt. Gewisse Abweichungen seines seelischen Verhaltens nach dem Unfall konnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Annahme einer, die freie Willensbestimmung ausschliessenden Geistesstörung rechtfertigen.

Betrachtet man diesen Fall aber im Zusammenhange mit anderen ähnlichen Vorkommnissen und ruft man sich die Forschungsergebnisse Gaupps[5], Huebners[11] und anderer Autoren ins Gedächtnis, die zeigen, dass die Selbstmörder fast ausnahmslos erhebliche geistige Defekte aufweisen, so möchte ich in Analogie das Bestehen eines solchen Defekts auch in dem vorliegenden Falle nicht von der Hand weisen.

Die bei der Beantwortung der Frage über die Zurechnungsfähigkeit des zu Begutachtenden entstehenden Zweifel legen die Erwägung nahe, ob diese Vorbedingung überhaupt berechtigt ist. Müsste der Nachweis, dass der Geisteszustand, der den Selbstmord herbeigeführt hat, eine

Unfallfolge war, für die Anerkennung der Hinterbliebenenrente nicht genügen? Das Reichsgericht hat bereits, wie Huebner[11] berichtet, gelegentlich in diesem Sinne entschieden. Demgegenüber steht aber eine neuere Entscheidung des sächsischen Landesversicherungsamtes[34] (14. 3. 1914), in der die Unfallrente für die Hinterbliebenen eines Selbstmörders abgelehnt wurde, weil die Selbsttötung, die als Unfallfolge anerkannt wurde, nicht in einem Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen worden sei.

Bezüglich des in derartigen Fällen von den Versicherungsämtern angenommenen „Mangels bestimmter geistiger und moralischer Eigenschaften", betont Nippe[26], dass es sich dabei um jene individuelle Disposition handle, die, wenn die Schädigung durch das Trauma hinzukomme, zum Selbstmord führe. Dass ein solcher Mangel an Widerstandskraft dem betreffenden Individuum nicht zum Nachteil angerechnet werden dürfe, liege aber auf der Hand.

Im Hinblick darauf, dass die staatliche Unfallsversicherung dem Schutze wirtschaftlich schwacher Bevölkerungskreise dienen soll, und in Zweifelsfällen zugunsten eben dieser entschieden werden muss, würde ich es begrüssen, wenn man in Zukunft die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung zur Zeit der Tat fallen liesse und sich damit begnügte, festzustellen, ob die freie Willensbestimmung durch die Unfallfolgen in erheblichem Masse beeinträchtigt war. Man fordere also nicht Ausschluss, sondern nur Verminderung der freien Willensbestimmung durch die Unfallfolgen als Voraussetzung zur Gewährung einer Rente an die Hinterbliebenen derer, die sich selbst das Leben genommen haben.

c) Selbstmord nicht als Unfallsfolge angenommen.

13. Fall: Der 1858 geborene Putzerpolier S., der früher zwar angeblich gesund war, aber wegen allgemeiner Körperschwäche nicht Soldat gewesen ist, erlitt am 3. 4. 1907 einen Betriebsunfall dadurch, dass ein Schuppen, auf dem

er stand, umbrach. Angeblich fiel er mit dem Gesäss auf fast steinharten Boden und wurde ausserdem von einem Stück Holz in den Rücken getroffen.

Noch am selben Tage untersuchte ihn Dr. R. S. hatte mehrmals erbrochen, die Gegend des 8. bis 12. Brustwirbels war sehr druckempfindlich, und er konnte den Urin nicht lange halten.

Nach 3 Wochen nahm er die Arbeit wieder auf, nach Angabe des Arbeitgebers K. leistete er sie bei vollem Lohn (6,75 M. täglich) wie ein Gesunder. Er wurde aber Ende Juni 1907 wegen Trunkenheit entlassen.

Er ist dann noch mehrfach wegen der vom Unfalle herrührenden Beschwerden in Behandlung von Dr. R. und auch wiederholt krank geschrieben gewesen. Zwischendurch hat er bei verschiedenen Firmen gearbeitet, bis 8 M. täglich verdient, es hat sich aber nichts Näheres mehr über seine Leistungen ermitteln lassen, da er erst im Juli 1908 Rentenansprüche aus dem Unfalle stellte.

Dr. R., dem S. über Schmerzen, die von den letzten Rückenwirbeln ausstrahlten, klagte, fand diese Wirbel druckempfindlich, ihre Dornfortsätze auch etwas verdickt, die Kniereflexe gesteigert und den Verletzten im ganzen seit dem Unfalle magerer geworden.

Dr. S. untersuchte ihn am 19. 10. 1908 und fand die Wirbelsäule vom 10. Brustwirbeldorn bis zum 1. Lendenwirbel steif. Ihm war es fraglich, ob diese Veränderung, welche die Bewegungen des Mannes in keiner Weise hinderte, auf den Unfall überhaupt zurückzuführen sei, jedenfalls schätzte er die Erwerbsminderung nicht höher als $33\,^1/_3\,\%$.

S. hat diese Rente erhalten und sich damit begnügt.

Am 15. 2. 1909 bescheinigt ihm Dr. R., er habe seit dem Unfall über Rückenschmerzen geklagt, im 2. Halbjahr 1908 beständig an Körperkraft und Gewicht abgenommen und sei im November 1908 an einer Brustfellentzündung mit Ausschwitzung erkrankt. Auch bestehe rechts ein Lungenspitzenkatarrh. Dies alles seien Unfallfolgen, wegen deren S. jetzt völlig erwerbsuntauglich sei.

Dr. S. bestätigt, dass der Klopfschall über der Lunge rechts hinten, unten gedämpft, das Atemgeräusch und Stimmschwirren hier abgeschwächt, der Klopfschall über der rechten Spitze verkürzt sei, und dass man vereinzelt ein Knacken bei der Einatmung an dieser Stelle höre.

Das Lungenleiden wurde von Dr. S. nicht als Unfallfolge aufgefasst. Dieser Ansicht schloss sich der Schiedsgerichtsarzt, Sanitätsrat Dr. W., an, dessen Befundschilderung noch manches Bemerkenswerte enthält. S. sei klein und schwächlich, mässig genährt; an der Wirbelsäule träten die Dornfortsätze des 10. und 12. Brustwirbels etwas hervor, die Bewegungen derselben seien aber ungestört. Der Atem rieche etwas nach Fusel. Es bestehe ein Lungenspitzenkatarrh und eine Brustfellschwarte. Dr. W. hält es für ausgeschlossen, dass S. eine Wirbelsäulenverletzung überhaupt erlitten haben kann.

Im Jahre 1909 hat auch Geheimrat B. den Verletzten, der inzwischen seit Juli 1909 wieder arbeitete und im November schon wieder mit dem Verlegen von Gipsbohlen 3 M. täglich verdiente, untersucht. Sein Befund weicht nicht wesentlich von dem des Vorgutachters ab. Er gelangt zu dem Ergebnis, dass der Anspruch auf Invalidenrente, den S. gestellt hatte, nicht begründet sei.

Polizeiliche Ermittlungen in der Folgezeit ergaben, dass S. seit Herbst 1909 unbeschäftigt sei. Er hat aber im Jahre 1910 zeitweise mit 75 Pf. Stundenlohn als Maurer gearbeitet. Als Dr. R. ihn am 15. 8. 1910 untersuchte, hatte er an Gewicht etwas abgenommen, sonst war der Befund unverändert. Die Rente wurde wegen Gewöhnung auf 20 % herabgesetzt. Das Schiedsgericht bestätigte diese Schätzung ohne weitere Untersuchung.

Fast genau 3 Monate nachher, am 17. 1. 1911, hat sich S. erhängt. Seine Ehefrau gab an, dass er durch die Unfallfolgen in Schwermut verfallen sei, und dass dies die Ursache seines Selbstmordes sei. Andere Ursachen sind nicht ermittelt.

Dr. R. hält daran fest, dass das Lungenleiden des S.

eine Folge des Unfalles, bezw. durch diesen wesentlich verschlimmert worden sei. Durch seine Kränklichkeit sei S. in eine bedrängte Lage geraten und habe schliesslich fast nichts verdient. In der letzten Zeit vor seinem Tode habe er den Arzt nicht mehr konsultiert, und Dr. R. könne nicht angeben, ob eine geistige Störung bestanden habe. Die Möglichkeit einer Depression liege vor.

Die Berufsgenossenschaft hat die Rentenanprüche der Witwe abgelehnt.

Gutachten: Bestimmte Anhaltspunkte, dass S. an einer Seelenstörung gelitten hätte, die ihn in den Tod getrieben habe, sind nicht erbracht. Wir wissen allerdings, dass bei weitaus den meisten Selbstmorden irgendwelche krankhafte seelische Vorgänge eine Rolle spielen. Aber das Mass ihrer Mitwirkung kann sehr verschieden sein.

Es entsteht nun ferner die Frage, ob, falls ein krankhafter Seelenzustand vorhanden war, der Unfall von 1907 schuld daran war. Das ist mehr als fraglich. Ob dieser Unfall dauernde Folgen gehabt hat, ist unbestimmt. Die letzte Gelegenheit, sich darüber zu vergewissern, die Untersuchung der Wirbelsäule an der Leiche, hat man sich entgehen lassen. Jedenfalls hat der Unfall den Mann nicht gehindert, seine Arbeit nach drei Wochen wieder aufzunehmen und im ersten Jahre danach, wenn auch mit Unterbrechungen, bei vollem Lohne fortzusetzen. Erst nach $1^1/_2$ Jahren traten diejenigen Krankheiten zutage, die allmählich die Leistungsfähigkeit des ohnehin schwächlichen Menschen endgültig untergruben: die Rippenfellentzündung und der Lungenspitzenkatarrh. Da bei dem Unfall keine Lungen- oder Rippenfellverletzung erfolgt ist, halte ich es nicht für möglich, zumal bei dem langen Zeitabstande, an einen ursächlichen Zusammenhang dieser Krankheit mit dem Unfalle zu glauben.

Nicht ganz von der Hand zu weisen ist die Möglichkeit, dass noch ein dritter Faktor bei dem Selbstmord mitgespielt hat, dessen Einfluss auf die Selbstmordneigung man so überaus häufig erfährt: der Alkohol. Es kann

doch nicht ganz unberücksichtigt bleiben, dass S. schon 1907 von seinem Arbeitgeber angeblich wegen Trunkenheit entlassen worden ist und dass er bei der ersten Untersuchung durch Dr. W. leicht nach Fusel roch.

Unter diesen Verhältnissen ist es nicht hinreichend wahrscheinlich, dass eine vom Unfall herrührende krankhafte seelische Verfassung die Ursache des Selbstmordes gewesen ist.

14. Fall: Der am 13. 12. 1869 geborene ledige Mechaniker G. ist am 30. November 1910 im Betriebe des Gaswerks zu Hamburg verunglückt. Man weiss nur, dass er bei der Beseitigung einer Naphtalinverstopfung in einer Gasleitung plötzlich bewusstlos von der Leiter gestürzt ist, und es ist angenommen, dass er wohl Gas eingeatmet hat.

Er stand schon viele Jahre in Diensten des Gaswerkes und es war nicht bekannt, dass er sonst an Ohnmachten oder sonst dergl. gelitten hätte.

Bewusstlos wurde er in das Hafenkrankenhaus gebracht. Es bestanden Quetschungen der Wirbelsäule und ihrer Umgebung und des rechten Fusses; zwei Tage lang unwillkürlicher Urinabfluss.

Am 10. 12. war das Allgemeinbefinden gut. G. war klar und frei von Schmerzen, liess auch nicht mehr unter sich. Am 31. 12. 1910 wurde er, völlig klar, frei von Schwindel, Kopfschmerz und Lähmungen, sowie von subjektiven Beschwerden in gutem Allgemeinbefinden entlassen.

Es sind nun im Jahre 1914 Erkundigungen eingezogen worden, wie der Gesundheitszustand G.s vor und nach dem Unfalle gewesen ist.

Seine von dem Physikus Dr. R. befragten Angehörigen haben gesagt, dass eine Familienbelastung nicht vorliege, dass er fleissig, ruhig, solide und nüchtern gewesen sei.

Was die Zeit nach dem Unfalle betrifft, so hat G. bei der polizeilichen Vernehmung am 9. 3. 1911 gesagt, er sei noch nicht ganz hergestellt, aber sein Zustand habe sich weiter gebessert und er hoffe, wieder hergestellt zu werden. Er verdiene seit dem 1. 1. 1911 31,40 M. wöchentlich (vor

dem Unfall 30,70 M.) Seine Mutter hat erklärt, er habe nach dem Unfalle häufig über Kopfschmerzen geklagt und habe in der letzten Zeit ein verändertes Wesen gezeigt. Zeuge B. erinnert sich, dass G. nach seinem Unfall ab und zu über Kopfschmerzen geklagt habe und „später" nicht mehr gesprächig gewesen sei. Zeuge H. hat auch nach dem Unfall nichts Auffälliges bemerkt. A. sagt, G. klagte in letzter Zeit ab und zu über Kopfschmerzen und war im letzten halben Jahre trübsinnig. K. erklärt: in der ersten Zeit, als G. aus dem Krankenhause entlassen worden war, war er noch in guter Stimmung, doch änderte er sich und wurde mehr und mehr unzugänglicher. P. drückt sich so aus: nach dem Unfall änderte sich sein Charakter, er wurde einsilbig und in seinem Wesen zurückhaltend, und ich habe häufig bemerkt, dass er in Gedanken sass und Selbstgespräche führte.

Ende November 1913 kam G. mit einer Eiterung am Kopfe zu dem Arzt Dr. R. Von dieser Eiterung ist in den Akten kein recht anschauliches Bild gegeben. Dr. R. erwähnt nicht, wie die Eiterung entstanden sein soll und sagt über den Befund nur, dass sie nicht mehr frisch, aber höchstens $1^1/_2$ bis 2 Wochen alt sei, und zur Eitersenkung geführt habe, so dass z. B. ein Eiterherd auf der Stirn bestanden habe. Die Mitarbeiter und Angehörigen des G. haben die Eiterung im Gedächtnis als eine Geschwulst und sagen, soweit sie sich überhaupt über diesen Punkt auslassen, übereinstimmend aus, dass im Hinblick auf diese Geschwulst das Wesen des Mannes noch trübsinniger wurde. P. betont dies schon seit der Zeit, als dem G. zugeredet wurde, wegen der Geschwulst einen Arzt zu Rate zu ziehen. Nach den Akten hat Dr. R. die Geschwulst geöffnet. Als G. am 27. November zu einem Spezialarzt gehen sollte, ist er dort nicht mehr angekommen. A. sagt, der Trübsinn sei hauptsächlich eingetreten, als der Arzt den G. operiert und eine spezialärztliche Behandlung angeordnet habe. Da habe sich sein Benehmen denn vollständig geändert. K. erklärt: dieser Zustand — nämlich die Unzu-

gänglichkeit — nahm, als G. operiert werden sollte, noch zu. „Wenn er damals von uns angesprochen wurde, wurde sein Gesicht stets rot, so dass man annehmen musste, dass er seine Gedanken wo anders hatte und durch die Anrede erschreckt war."

G.s Mutter hat einen Zettel überreicht, der wohl sicher von ihrem Sohne herrührt und lautet: „Ich übergebe Dir mein seit Jahren erspartes Geld. Verzeihe mir, nach dem Krankenhause gehe ich nicht." Er ist als Leiche aus der Aussenalster gezogen worden. Die Sektion ergab als wahrscheinliche Todesursache Ertrinken; in dem kurzen Auszuge, der mitgeteilt wird, heisst es: es fanden sich einige graue Stellen auf der Gehirnoberfläche, Verwachsungen beider Lungenspitzen mit dem Brustkorb, Verdickungen der Aorta, stellenweise Verwachsungen der Kapseln beider Nieren. Sämtliche Organe befanden sich in beginnender Fäulnis.

Dr. R. hat die Möglichkeit, dass etwa die Kopfeiterung mit dem Unfalle von 1910 zusammengehangen haben könnte, verneint, aber es nicht für ausgeschlossen gehalten, dass eine geistige Störung von dem Unfalle her den G. zum Selbstmord getrieben habe. Der Physikus, Dr. R., hält diesen letzteren Zusammenhang sogar für höchst wahrscheinlich, indem er aus den Zeugenaussagen schliesst: Infolge des Unfalls 1910 sei G. allmählich in Schwermut verfallen und habe sich aus diesem Grunde das Leben genommen. Die Kopfeiterung könne sein Befinden nicht in erheblichem Grade beeinträchtigt haben.

Gutachten: Die von Dr. R. gegebene Erklärung für den Selbstmord G.s ist nicht unmöglich, aber sie unterliegt doch sehr schweren Bedenken. G. hat am 30. 11. 1910 einen Unfall mit einer Gehirnerschütterung erlitten, hat genau einen Monat später seine Arbeit wieder aufgenommen und sie bis Ende November 1913 mit erhöhtem Lohne durchgeführt. Dass er hier und da über Kopfschmerzen geklagt hat, ist ein Umstand, der allzu geringfügig ist, um für die Annahme eines vom Unfalle herrührenden ernsteren

Leidens in die Wagschale zu fallen. Er soll allerdings „nach dem Unfalle“ unzugänglich geworden sein, auch, nach Aussage eines Zeugen, öfters Selbstgespräche gehalten haben, aber nirgends wird behauptet, dass dies etwa bald nach der Unfallszeit gewesen wäre. Im Gegenteil: abgesehen von dem einen Zeugen, der ihn vor wie nach dem Unfalle für zurückhaltend hielt, sagt der eine Mitarbeiter aus: in der ersten Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt war G. noch in guter Stimmung, und der andere: in dem letzten halben Jahre war er anders als früher, und zwar trübsinnig. Nun weiss man ja nicht, was G. für Gründe gehabt haben kann, auch ohne geistige Krankheit zurückhaltend und in sich gekehrt zu werden, Selbstgespräche zu halten; all diese Merkmale genügen gar nicht, um eine Geisteskrankheit zu beweisen. Es ist doch immer so, dass man in solchen Fällen alles, was nicht zur Unfallgeschichte gehört, sondern zum persönlichen Erleben des Verstorbenen in anderer Beziehung, gar nicht oder ganz lückenhaft erfährt.

Ausserdem aber kann man, wenn man schon eine krankhafte Schwermut als Grundlage der Wesensveränderung und des Selbstmordes annimmt, auch nicht ohne weiteres sagen: weil der Mann 1910 einmal eine Kopfverletzung mit Bewusstlosigkeit erlitten hat, ist die Schwermut, die sich vielleicht Jahre später eingestellt hat, eine Folge dieses Unfalls. Die Seelenstörungen nach Kopfverletzungen verlaufen doch mit seltenen Ausnahmen so, dass entweder in unmittelbarem Anschluss an die Verletzung das Seelenleben krankhaft verändert bleibt, oder eine Brücke von dauernden körperlichen Beschwerden erheblicher Art zu der Seelenstörung hinüberführt. Die volkstümlich eingewurzelte Anschauung, dass jede beliebige Seelenstörung jederzeit als Folge einer beliebig weit zurückliegenden Kopfverletzung auftreten könnte, stimmt mit der ärztlichen Erfahrung nicht überein.

Noch weniger aber kann man sich der Auffassung anschliessen, dass für das Allgemeinbefinden G.s in körperlicher und seelischer Beziehung die vom Unfall unabhängige

Eiterung, an der er im November 1913 litt, ziemlich belanglos gewesen wäre. Wir hören, dass es sich um Eiterbeulen am Kopfe gehandelt hat, dass schon eine Eitersenkung eingetreten war, dass auch am Brustbein ein Eiterherd sich gebildet hatte, und dass der Kassenarzt den Mann einem Chirurgen überwies mit Rücksicht auf die fortgeschrittene Erkrankung. Das war keineswegs eine gleichgültige, sondern eine ganz erhebliche, für den Patienten unter Umständen recht ängstliche Erkrankung, die ihm den Gedanken, dass das Gehirn mit ergriffen werden könnte, oder eine ähnliche Furcht sehr nahelegen konnte. Dazu aber kommt noch etwas Weiteres: es handelt sich um eine Erkrankung, die, sofern nicht der Eiter völlig freien Abfluss hatte, eine Giftwirkung auf den ganzen Körper ausübte, und wir wissen aus Erfahrung an Selbstmördersektionen, dass auffallend oft die Zeichen derartiger Erkrankungen an Selbstmörderleichen gefunden werden, zweifellos nicht zufällig, sondern als Ursache der dem Selbstmorde zugrunde liegenden Gemütsstimmung.

So wenig ich also verkenne, dass eine schwere Gehirnerschütterung zur geistigen Erkrankung und diese wieder zum Selbstmord führen kann, so scheint mir im vorliegenden Falle die Kette der Beweise für einen solchen Zusammenhang doch zu dünn und zu lückenhaft, als dass man von einer Wahrscheinlichkeit reden könnte.

15. Fall. Der 1861 geborene Anstreicher J. war nach den über ihn eingezogenen Ermittlungen ein stiller Mann, der wenig Verkehr pflegte. Andererseits war er nach der Bekundung des Zeugen W. nervös, das heisst, er regte sich leicht auf.

In 8 Jahren war er nie krank geschrieben und arbeitete seit langer Zeit regelmässig bei der gleichen Firma.

Etwa Ende Mai 1908 kam J. eines Morgens zu dem Meister und fragte, warum dieser ihm nicht wohlgesinnt sei und er gekündigt werden solle. Es habe ihn wohl

jemand bei ihm angeschwärzt. Dieser beruhigte ihn, dass gar nichts vorliege.

Äusserlich knüpfte die Beunruhigung J.s daran an, dass er etwa zu derselben Zeit aus der Kolonne des Vorarbeiters W. in eine andere gekommen war. Trotz der Aufklärung, die ihm der Meister gegeben hat, wandte sich J. immer wieder an W. mit der Frage, ob etwas gegen ihn vorliege und ob er entlassen werden solle. Er machte dabei einen nervösen Eindruck. W. gegenüber beklagte er sich, dass er jetzt eine weniger saubere Arbeit habe als früher.

Am 13. 6. 1908 kam J. zu dem Fabriksamariter und sagte ihm, er habe sich den Kopf an einer Glasglocke im Waggon gestossen. Nachträglich ist festgestellt worden, das die Glasglocke entzwei war und J. am Kopfe blutete. Der Samariter fand auch eine kleine Risswunde am Vorderkopf, die er verband.

W. hat ursprünglich ausgesagt, dass J. am Unfallstage schon vor dem Unfall ganz konfus gewesen wäre, als er einige defekte Stellen im Anstrich eines Waggons ausbessern sollte. Er machte zwar die Arbeit, aber er holte sich nicht alle Farbentöpfe auf einmal, sondern lief hin und her und stieg in seiner Aufregung auch auf die Bank, über der sich die Glaskuppel befand, an der er sich nachher gestossen hat.

Später, bei der eidlichen Vernehmung, hat W. dann gesagt: Nach dem Unfall sei am Samstag — ein solcher war der 13. 6. 1908 — J.s Arbeit mangelhaft gewesen.

2 Tage später, am Montag, war J. nach übereinstimmender Aussage mehrerer Zeugen ganz durcheinander und konnte seine Arbeit nicht mehr ordentlich machen, so dass er nach Hause geschickt wurde.

Am 16. 6. 1908 begab er sich in Behandlung des Arztes Dr. C. und klagte, er leide in den letzten Tagen an völliger Schlaflosigkeit und solcher Aufregung, dass ihm das Leben leid sei. Er könne nirgendwo Ruhe finden. Von dem Unfalle scheint er damals nichts erwähnt zu haben, so dass der Arzt keine Veranlassung fand, den Kopf eingehend zu

untersuchen. Er stellte lediglich eine Erhöhung der Kniereflexe fest und nahm Nervenschwäche an. J. ging selten zum Arzt, und die Frau sagte, er sei nicht hinzubringen.

Am 1. 7. 1908 erklärte er, dass er nun wieder schlafen könne und arbeiten wolle. Er wurde gesund geschrieben, kam am 2. 7. zur Arbeit, setzte sie am 3. 7. fort und wurde am 4. 7. in einem Wäldchen erhängt aufgefunden.

Die Leichenöffnung fand erst am 11. 7. 1908 nach Enterdigung der Leiche statt, die schon stark in Verwesung übergegangen war. Es liess sich keine Verletzung mehr an der äusseren Haut, wohl aber eine etwa fünfmarkstückgrosse rötliche Verfärbung des Unterhautgewebes und eine handtellergrosse sulzigwässrige Durchtränkung der rotbläulich gefärbten weichen Kopfbedeckung über den hinteren Partien der Scheitelbeine feststellen.

Die Berufsgenossenschaft und das Schiedsgericht haben den Rentenantrag der Witwe abgelehnt; diese hat Rekurs eingelegt, und es sind die bereits von mir verwerteten Zeugenvernehmungen vorgenommen worden.

Gutachten: Es ist unmöglich, aus dem Tatsachenmaterial, wenn man sich überhaupt den Selbstmord J.s erklären will, etwas anderes zu schliessen, als dass er durch eine schon vor dem Unfall bestehende Geistesstörung in den Tod getrieben worden ist. Wenn wir von jemandem, der Mitte Juni wegen nervöser Schlaflosigkeit, Unruhe und Verstimmung den Arzt aufsuchte und einige Wochen später ohne äusseren Anlass seinem Leben ein Ende machte, erfahren, dass er schon seit Mai immer wieder, trotz aller Beruhigungsversuche, meinte, er werde angeschwärzt und solle um seine Stelle gebracht werden — nun, dann wissen wir mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit: der Mann litt schon im Mai an einer Geistesstörung.

Was nun den Unfall betrifft, so liegt zunächst die Vermutung nahe, dass sein Zustandekommen schon auf einer krankhaften Hast und Unruhe J.s beruhte. Gerade die erste Sachdarstellung des Zeugen W., derzufolge J. bei seinem überhasteten Hin- und Herlaufen gegen die Gasglocke an

der Decke des Waggons gestossen sein soll, klingt sehr wahrscheinlich. Andererseits kann der Unfall seiner ganzen Natur nach eine nennenswerte körperliche Wirkung auf das Zentralnervensystem nicht ausgeübt haben, und selbst die Schreckwirkung kann nicht arg gewesen sein, denn weder ist sie dem Samariter unmittelbar nachher aufgefallen, noch hat sie dem Verletzten Anlass gegeben, dem Arzte, den er einige Tage später aufsuchte, etwas von dem Unfall zu erzählen. Auch hat nicht etwa J. den Selbstmord in der ersten Aufregung, sondern lange nach Heilung der Kopfwunde begangen.

Gegenüber diesen Tatsachen ist es belanglos, dass nach Ansicht der Mitarbeiter J. erst seit dem Unfalltage leistungsunfähig wurde. Vielmehr ist der Selbstmord, unbeeinflusst von dem Stoss gegen die Glasglocke, nur als ein Ausfluss derjenigen Geisteskrankheit zu betrachten, die bei J. schon vor dem Unfalle bestand und erfahrungsgemäss recht häufig durch die mit ihr verbundenen qualvollen Vorstellungen zum Selbstmord führt.

16. Fall: Der Vorschmied K., geb. 1852, hat seit 1884 in den Königlichen Eisenbahnwerkstätten zu G. gearbeitet.

Über seine Lebensführung und geistige Beschaffenheit enthalten die Akten sehr verschieden lautende Berichte.

Der Hilfsarbeiter W. bezeichnet ihn als einen Trinker und teilt folgenden Vorfall mit, der sich Anfang Juli 1902 abgespielt hat. K. sei zu dem Zeugen gekommen und habe einen Revolver verlangt, da er sich erschiessen wolle.

Der Schmied G. gibt an, dass K. vor dem noch zu erwähnenden Unfall Redensarten gemacht habe, wie „Ich werde nicht mehr lange Schmied sein, die längste Zeit wird es gedauert haben."

Der Kgl. Werkstätteninspektor berichtet sogar: K. sei lange vor dem Unfall durch Trunk geistig und körperlich heruntergekommen, sodass seine Mitarbeiter sich geweigert hätten, mit ihm zusammenzuarbeiten.

Dagegen erklärte die Ehefrau des K., er habe nicht

mehr getrunken, als die meisten seiner Kollegen und, wenn er einmal über den Durst getrunken habe, sei er dann desto vergnügter zur Arbeit gegangen.

Ferner haben mehrere Bekannte K.s übereinstimmend schriftlich mitgeteilt, dass er ein freundlicher, verträglicher und ordentlicher Mann gewesen sei.

Am 30. Juli 1902 flog K. beim Abhauen eines Stückes Eisen auf dem Ambos das abgetrennte Stück an den Kopf und verletzte ihm die linke Stirnseite. Die Wunde blutete nach Mitteilung von Augenzeugen sehr stark.

K. begab sich zu Dr. St., welcher das Benehmen des Verletzten bei dieser Gelegenheit sehr eigentümlich fand. Er liess die Wunde nicht nähen, weil sie nach seiner Ansicht zu sehr gequetscht war.

K. hat nach dem Unfall seine Arbeit weiter verrichtet, ohne dass der Werkmeister R. eine Änderung seines Wesens wahrnahm.

Er hat auch nach Aussage des Zeugen W. weitergetrunken.

Seine Ehefrau erklärt nun, er habe bald nach Wiederaufnahme der Arbeit Kopfbeschwerden geäussert und sei von Oberstabsarzt Dr. St. zu einem Spezialarzt geschickt worden, der ihn für sehr nervös erklärt habe.

Ferner berichtet der Maler V. und seine Mutter, dass K. nach dem Unfall oft stumpf hinbrütend dagesessen habe und reizbar gewesen sei. Ein Herr B. fügt hinzu: K. habe oft wirre Redensarten gesprochen.

Dr. St. hat den K. vom 23. 1. 1903 bis zum 18. 3. 1903 wieder wegen nervöser Beschwerden behandelt. Dann nahm K. von neuem seine Arbeit auf, wie Dr. St. früher berichtet hat.

Aus den Akten ist ersichtlich, dass K. am 26. 3. 1903 eine Ordnungsstrafe wegen Trunkenheit auferlegt und im Wiederholungsfalle Entlassung angedroht worden ist. Ferner steht fest, dass der Arbeiter W., welchem K. 20 M. schuldig war, am 17. 7. 1903 brieflich mit Anzeige beim Werkmeister drohte, falls nicht umgehend Rückzahlung erfolge.

Am 18. 8. 1903 machte K. seinem Leben durch Erhängen ein Ende. Seine Ehefrau schrieb zunächst an W., dass dieser durch seinen Brief ihren Mann in den Tod getrieben habe, dann aber stellte sie Rentenansprüche, da ihr Mann infolge des Unfalles geisteskrank geworden und in diesem Zustande aus dem Leben geschieden sei.

Gutachten: K. war ein Trinker, er trug sich schon lange mit Selbstmordgedanken, seine wirtschaftliche Existenz war gefährdet und drohte durch Anzeige vernichtet zu werden. In dieser Lage nahm er sich das Leben. Es bedarf ganz gewiss nicht der Annahme einer Geistesstörung, um diesen Selbstmord zu erklären. Trinker geraten leichter als der normale Durchschnittsmensch bei äusserem Anlass in die Gefühlslage der Trostlosigkeit und Verzweiflung, die zum Selbstmord führt.

Aber es könnte ja gleichwohl Geisteskrankheit vorgelegen haben, und man würde dann sagen müssen, dass zwar die Motive des Selbstmordes vom Unfall unabhängig gewesen wären, dass aber der Entschluss erst auf der Grundlage einer dem Unfall folgenden geistigen Störung zustande gekommen sei.

Prüfen wir nun das Material, aus dem die geistige Störung hervorgehen soll, so haben wir zunächst das „eigentümliche Benehmen K.s“ beim Verbinden der Wunde. Damit ist wenig anzufangen. Ein Alkoholiker, der eine Kopfverletzung erlitten hat, kann sehr aufgeregt und wunderbar sein, ohne dass eine ausgesprochene Geisteskrankheit darum zu vermuten wäre.

Wir hören ferner, dass K. reizbar, mürrisch, zerstreut, zu stumpfem Hinbrüten geneigt wurde. Das sind alles noch keine Beweise einer Geisteskrankheit. Das sind Stimmungs- und Charaktereigentümlichkeiten, wie sie häufig bei Trinkern die gewöhnliche Unfall-Nervenschwäche begleiten. Ich habe wiederholt Gelegenheit gehabt, solche Personen strafrechtlich zu begutachten und konnte in der Regel nicht mit Wahrscheinlichkeit Unzurechnungsfähigkeit anerkennen, weil die genaue irrenärztliche Prüfung

der seelischen Fähigkeiten geringere Mängel ergab, als dass man die betreffenden Personen willensunfrei hätte nennen können.

Auch die wirren Redensarten, die einige Zeugen von ihm gehört haben wollen, beweisen wenig. Leute aus der Arbeiterbevölkerung sind mit diesem Ausdruck ziemlich freigiebig und wahrscheinlich werden sie die vor dem Unfall getanen Äusserungen („ich werde nicht mehr lange Schmied sein“ usw.) auch als wirre Redensarten bezeichnen.

Dazu kommt, dass K. bis zum letzten Tage seine Arbeit verrichtet hat, während erfahrungsgemäss die mit Unfallnervenschwäche einhergehende Gemütsverstimmung, sobald sie den Umfang einer Gemütskrankheit im engeren Sinne annimmt, die Arbeitsfähigkeit stets vernichtet.

Dass K. z. Zt. seines Selbstmordes unzurechnungsfähig gewesen wäre, ist nicht bewiesen. Anzuerkennen wäre nur, dass eine mit dem Unfall zusammenhängende Willensschwäche und Reizbarkeit mittleren Grades, sowie vom Unfall herrührende körperliche Beschwerden den von anderen Motiven diktierten Entschluss zum Selbstmord erleichtert haben können.

Bemerkungen: Wie aus diesen Gutachten, in denen der Selbstmord nicht als die Folge des vorhergegangenen Unfalls anerkannt worden ist, ersichtlich, war hier die Ursache mit grösserer Wahrscheinlichkeit teils in einer bereits vor dem Unfalle bestehenden nachweisbaren geistigen Störung oder krankhaften Veranlagung, teils in anderweitigen ungünstigen, an die Grenze der Geistesstörung führenden Einflüssen nach dem Unfalle oder auch in diesen beiden Momenten vereint zu suchen. Es fehlte eine erkennbare Schädigung, eine Veränderung des Geisteszustandes des Betroffenen durch den Unfall überhaupt oder doch die verbindende Brücke von Erscheinungen, die es hätte gestatten können, den Unfall mit dem Selbstmord in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Wenn ein Arbeiter $1^1/_2$ Jahre nach einem Unfall, nach welchem keine Verletzung der Lungen und Rippen fest-

gestellt worden war, eine Brustfellentzündung bekommt, in deren Verlauf auch das Bestehen eines Lungenspitzenkatarrhs ermittelt wird, wenn er schliesslich von Kräften kommt und infolge seiner Kränklichkeit in eine bedrängte Lage gerät, so besteht doch die Wahrscheinlichkeit, dass nicht der Unfall, nach welchem der Betreffende seine Arbeit zeitweise mit erhöhtem Lohne bis zu der folgenden Erkrankung fortgesetzt hat, sondern eben diese Erkrankung mit ihren wirtschaftlichen Folgen die Ursache des Selbstmordes war.

Gleich unwahrscheinlich ist der ursächliche Zusammenhang von Unfall und Selbstmord, wenn ein Unfallverletzter nach einem Monat seine Arbeit wieder aufnimmt, volle drei Jahre unvermindert fortführt und dann nach dem Auftreten einer Eitergeschwulst am Kopfe und auf den Rat hin, sich im Krankenhause operieren zu lassen, trübsinnig wird, einen Zettel an seine Mutter schreibt: „Ich übergebe Dir mein seit Jahren erspartes Geld. Verzeih mir, nach dem Krankenhause gehe ich nicht", und sich darauf ertränkt. Hier liegt die Annahme näher, dass die Folgen der Eitergeschwulst, verbunden mit der Angst vor abermaliger Operation den Patienten zum Selbstmord getrieben haben. Die Furcht vor Operation kann sicher eine erhebliche psychische Schädigung bedingen und ich fand bei Durchsicht der Literatur, dass dieser Fall nicht vereinzelt dasteht. Knepper[16] berichtet ein ganz ähnliches Vorkommnis: „Ein Ackerer zog sich eine Quetschung der rechten Hand zu. Es entstand eine schwere Phlegmone, die zur Eiterung des Hand- und Ellenbogengelenks führte. Nach 4 Monaten bestand noch totale Versteifung des Handgelenkes mit Fistelbildung, Atrophie des Armes und infolgedessen eine gänzliche Gebrauchsunfähigkeit. Zur rascheren und zweckmässigeren Heilung wurde der Patient einer chirurgischen Klinik überwiesen. Er nahm sich aber vorher, aus Furcht vor der Aufnahme in die Klinik und einer etwaigen Operation durch Erhängen das Leben."

Ich komme schliesslich zu den Fällen, in denen bereits

vor dem Unfalle eine geistige Störung, oder zum mindesten eine Prädisposition zu einer solchen, bestand. Es ist ja eine Eigentümlichkeit derartiger Dispositionen, dass sie häufig so lange unbeachtet bleiben, bis eine ausgesprochene Geistesstörung eingetreten ist. Dann erst werden bei Erhebung der Anamnese gewisse Anzeichen gefunden, die auf die Labilität des psychischen Gleichgewichts schon lange Zeit vor dem Ausbruche der Krankheit hindeuten.

Ein Unfall kann bei derart veranlagten Personen und bei den eigentlichen Geisteskranken die verschiedensten Wirkungen haben. Es sind nämlich nicht sowohl Verschlimmerungen bis zum Auftreten schwerster Verwirrtheitszustände, als auch Besserungen, ja Heilungen von Psychosen nach Unfällen (Leppmann, A.[21]) beobachtet worden.

Häufig geht aber der Unfall ohne sichtbare Veränderung der bestehenden Geistesstörung vorüber. So verhielt es sich im Falle 15, bei dem allerdings nur ganz geringfügigen Unfalle — Stoss an eine Glasglocke, durch den eine kleine Risswunde verursacht wurde. Es konnte ermittelt werden, dass der Begutachtete bereits seit längerer Zeit als nervös galt, und sich sehr leicht aufregte, dass er mehrere Wochen vor dem Unfalle ohne triftigen Grund glaubte, er würde bei seinem Meister angeschwärzt und solle gekündigt werden. Die Veranlassung zu dieser Beunruhigung war die Tatsache, dass er zu einer anderen Kolonne gekommen und zu einer weniger sauberen Arbeit, wie er behauptete, bestimmt worden war. Am Tage des Unfalls soll er schon vor dem Unfalle ganz konfus gewesen sein. Er sei hin- und hergelaufen, um die einzelnen Farbentöpfe zu holen, sei in seiner Aufregung auch auf die Bank gestiegen, über der sich die Glaskuppel befand, an der er sich nachher gestossen habe. Zwei Tage später konnte er seine Arbeit nicht mehr verrichten. Er klagte dem behandelnden Arzt über völlige Schlaflosigkeit und „solche Aufregung, dass ihm das Leben leid sei, er könne nirgendwo Ruhe finden". Dieser stellte Erhöhung der Kniereflexe fest und nahm

Nervenschwäche an. Nach 14 Tagen erklärte der Patient, wieder arbeiten zu können, ging aber nur zwei Tage zur Arbeit und wurde am dritten erhängt aufgefunden. Die überwiegende Wahrscheinlichkeit spricht wohl hier für die Annahme, dass das teils ängstliche, teils aufgeregte Verhalten J.s vor dem Unfall bereits Ausfluss der bestehenden Nervenschwäche war, die ihn am Leben verzweifeln liess.

Ebensowenig konnte im Falle 16 der Unfall als Veranlassung des Selbstmordes angenommen werden, da der Begutachtete erwiesenermassen ein Trinker und schon lange vor dem Unfall geistig und körperlich heruntergekommen war. Er hat sich auch bereits ein Jahr vor dem Unfalle mit Selbstmordgedanken getragen, die ja bei chronischen Alkoholisten nicht selten sind. Nach Wiederaufnahme der Arbeit nach dem Unfalle hat er dann weiter getrunken, so dass er in Ordnungsstrafe genommen und ihm im Wiederholungsfalle Entlassung angedroht werden musste. Ferner hat ihm einer seiner Mitarbeiter an dem Tage, bevor er sich erhängte, in Aussicht gestellt, dass er ihn beim Werkmeister wegen einer nichtbezahlten Schuld anzeigen würde. Es drohte also einem durch Trunk herabgekommenen Menschen der Zusammenbruch seiner Existenz. Demgegenüber erscheinen doch die Folgen des Unfalls, über die er geklagt hat, von geringer Bedeutung gewesen zu sein. Auch seine Ehefrau hat zunächst dem Arbeiter, der ihn des Geldes wegen gemahnt hat, geschrieben, dass er ihn in den Tod getrieben habe, erst später den Selbstmord als Folge des Unfalls bezeichnet und Rentenansprüche gestellt.

Es sei hier noch erwähnt, dass auch in einigen der übrigen Fälle der Trunk eine Rolle spielt, doch kommt er in diesen höchstens als mitwirkendes, nicht aber als auslösendes Moment in Frage.

Ein wie wesentlicher Faktor der Alkoholismus in der Selbstmordfrage ist, geht aus den Selbstmordstatistiken deshalb nicht zur Genüge hervor, da in allen den Fällen, in welchen der Alkoholismus zur wirtschaftlichen Not, zum Verbrechen u. ä. führt und die Verarmung oder Furcht

vor der Bestrafung zum Selbstmorde treibt, der Selbstmord in den Statistiken als Folge letzterer Umstände bezeichnet ist.

Am klarsten ist der Einfluss des Alkoholismus durch die pathologisch-anatomischen Feststellungen Hellers[8] geworden, der bei der Sektion von 300 Selbstmörderleichen in etwa der Hälfte der Fälle ausgesprochene Zeichen von Alkoholismus festgestellt hat.

Nr.	Alter	Unfallsart	Erwerbsbeschränkung nach abgeschlossenem Heilverfahren	Zeitraum Unfall und
1	45 J.	Insolation	—	Selbstm mittelbar Unfallssc
2	33 J.	Stichverletzung am Arm mit folgender Gasphlegmone	100 %	6 Jahre
3	45 J.	Schlag mit Holzkurbel gegen die Stirn	—	12 St
4	37 J.	Kopfverletzung mit Bewusstlosigkeit infolge Sturzes vom Gerüst	Keine Erwerbsverminderung	3 M
5	45 J.	Bruch des 3. und 4. Lendenwirbels, Knöchelbruch, Bewusstlosigkeit, infolge Sturzes vom Dache	100 %	1 Jahr
6	47 J.	Zellgewebsentzündung nach im Betriebe erfolgter Öffnung und Verunreinigung einer Blase an der Hand	—	3 M
7	51 J.	Schlag gegen Hinterkopf und Rücken durch einstürzende Bretterwand	75 % nach 3 Jahren 40 %	15 1/2
8	44 J.	Kopfverletzung durch herabfallende Eisenplatte. Bewusstlosigkeit	100 % Nach 1 1/2 Jahren 75 %	1 Jahr
9	47 J.	Verstauchung des linken Fussgelenks	Keine Erwerbsverminderung. (Erfolglose Rentenansprüche) Nach 4 Jahren 60 %	7 Jahre
10	48 J.	Schädelbasisfraktur, Bewusstlosigkeit, Bruch des rechten Unterarms	33 1/3 % Nach 1 Jahr 4 Mon. 20 %	1 Jahr
11	40 J.	Quetschung der linken Brustseite infolge Sturz	30 %	1 J
12	31 J.	Verletzung am Hinterkopf durch herabfallendes Stück Rohrmuffe	Keine Erwerbsbeschränkung	1 Jahr
13	53 J.	Fall aufs Gesäss, Rücken durch Holzstück getroffen	Anfangs keine Erwerbsbeschränkung Nach 1 1/2 Jahren 33 1/3 % Nach 3 1/2 Jahren 20 %	3 Jahre
14	44 J.	Bewusstlos von der Leiter gestürzt, jedenfalls nach Gaseinatmung. Wirbelsäulenquetschung	Keine Erwerbsbeschränkung	3 J
15	47 J.	Kleine Risswunde am Kopf nach Stoss gegen Glasglocke	Keine Erwerbsbeschränkung	21 T
16	51 J.	Stirnverletzung durch abgesprungenes Eisenstück	Keine Erwerbsbeschränkung	1 J

zwischen Selbstmord	Etwa mitwirkende äussere Ursachen und individuelle Prädisposition	Art der Geistesstörung	Art des Selbstmordes
ord un-nach der ädigung	Frühere Stirnverletzung	Insolations-Psychose	Erhängen
10 Mon.	—	Morphinismus Sek. Demenz.	Erschiessen
nden	Paranoide Veranlagung	Rudimentäre Paranoia	Erhängen
on.	Periodentrunk	Depressiver Zustand	Lysol-vergiftung
2 Mon.	(Arteriosklerose)	desgl.	Lysol-vergiftung
on.	—	Hypochondr. Zustand	Erhängen
ahre	—	desgl.	Erhängen
0 Mon.	Mässig. (?) Alkoholgenuss	desgl.	Erhängen
6 Mon.	Rentenkampf	desgl.	?
6 Mon.	Einseitige Erblindung Rentenkampf	desgl.	Erhängen
hr	Kampf um Erhöhung der Rente	desgl.	Lysol-vergiftung
8 Mon.	2 Jahre vor dem Unfall im Betriebe verschüttet	Neurasthenie	Erhängen
9 Mon.	Potus. Durch Krankheiten (Brustfell-entzündung, Lungenspitzenkatarrh) Leistungsfähigkeit untergraben und in bedrängte wirtschaftliche Lage geraten	Hypochondr. Zustand	Erhängen
hre	Eiterung am Kopfe mit Eitersenkung. Furcht vor Krankenhaus und Operation. Bakteriengiftwirkung?	desgl.	Ertränken
age	Neurasthenisch-hypochondrische Veranlagung	desgl.	Erhängen
hr	Infolge wiederholter Trunkenheit und einer unbezahlten Schuld Gefährdung der Stellung bei der Werkstätte, in der Patient fast 20 Jahre tätig war	Chron. Alkoholismus. Traum. Neurasthenie	Erhängen

Ein Vergleich der hier wiedergegebenen Fälle mit den früheren Veröffentlichungen zeigt zunächst bezüglich der Altersgrenzen, in denen Suizide nach Unfällen beobachtet wurden, eine völlige Übereinstimmung mit dem von Nippe[26], Mendel[24] und Huebner[11] Gesagten. Nach Nippe ereignen sich die meisten Fälle zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre und Huebner hält das Maximum in diesen Jahren für durchaus verständlich, da dieses Alter auch die meisten gewerblichen Arbeiter stelle. In den vorstehenden 16 Gutachten fanden sich nur drei, die nicht innerhalb der oben genannten Grenzen liegen, und zwar 2 Fälle im 51. und einer im 53. Lebensjahre. Im einzelnen ereigneten sich die Suizide wie folgt:

Fall 12 . . im 31. Jahre	Fall 1, 3 u. 5 im 45. Jahre
„ 2 . . „ 33. „	„ 6, 9 u. 15 „ 47. „
„ 4 . . „ 37. „	„ 10 . . „ 48. „
„ 11 . . „ 40. „	„ 7 und 16 „ 51. „
„ 14 und 8 „ 44. „	„ 13 . . „ 53. „

Aus dieser Tabelle ergibt sich eine besondere Häufung der Selbstmorde im 5. Jahrzehnt. Der weiteren pathologisch-anatomischen Forschung wird es vorbehalten sein, festzustellen, inwieweit es sich hierbei um eine Folge vorzeitiger Abnutzung und regressiver Veränderungen handelt. Durch welche Massregeln das Eintreten derartiger präseniler Erscheinungen zu bekämpfen wäre, ist weiter oben ausgeführt.

Was die Art des Unfalles anbetrifft, so lässt ein Blick auf die folgende Übersicht die Wahrscheinlichkeit erkennen, dass es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Unfallereignisse um mehr oder weniger schwere Schädigungen der nervösen Zentralorgane gehandelt hat.

Es wurden festgestellt:

1. in 9 der angeführten Fälle Verletzungen des Kopfes.
2. „ 3 „ „ „ „ der Wirbelsäule.
3. „ 1 „ „ „ „ des Brustkorbes.
4. „ 2 „ „ „ „ der oberen Extremitäten.
5. „ 1 „ „ „ „ der unteren Extremitäten.

Unter den Verletzungen des Kopfes und der Wirbelsäule gingen 5 mit z. T. längere Zeit währender Bewusstlosigkeit einher.

Diesen Tatsachen gegenüber vermag die Theorie der ausschliesslich psychogenen Entstehung der nervösen Erkrankungen nach Unfällen — unabhängig von der Schwere des Traumas — nicht standzuhalten, denn wir sehen, dass die äusserste Folge — die Selbsttötung — meist auch durch schwerwiegende Schädigungen bedingt ist. Man darf dabei die Neben- und Nachwirkungen schwererer Verletzungen, die seelische Wirkung des Schrecks, die Schädigungen infolge des Krankenlagers, Schmerzen, allgemeiner Erschöpfung u. a. m. nicht unterschätzen. Leppmann hebt auch hervor, dass man sein Hauptaugenmerk auf solche Beschädigungen lenken müsse, welche ihrer Art nach geeignet seien, das Gefühl der Hilflosigkeit und der Furcht vor der Zukunft ganz besonders in den Verletzten wachzurufen, also auf starke Entstellungen und Verstümmelungen, sowie auf Schädigungen der Sinnesorgane. Eine ungünstige Beeinflussung infolge Schädigung der Sinnesorgane kam unter den obenstehenden Fällen nur einmal (einseitige Erblindung) in Betracht; von erheblicherer Bedeutung waren die Einwirkungen auf den Gemütszustand durch längeres Krankenlager mit Schwächung der Willens- und Arbeitskraft im Gefolge. Traten zu dieser Verminderung der Arbeitsfähigkeit noch Schwierigkeiten bei der Wiedererlangung von Arbeitsgelegenheit hinzu, so bildete sich zum Teil in kurzer Zeit ein hypochondrischer Zustand aus, von dem wir oben gesehen haben, dass er in seiner Selbstmordgefährlichkeit bei Unfallverletzten keineswegs den depressiven Zuständen des man.-depressiven Irreseins nachsteht.

Die Arbeitsfähigkeit des Verletzten kann bis zu einem gewissen Grade mit als Kriterium benutzt werden, ob der Selbstmord im ursächlichen Zusammenhange mit dem vorausgegangenen Unfalle steht oder nicht. Ein Unfall, der nach abgeschlossenem Heilverfahren gegenüber der vorangegangenen Zeit, nicht nur der Schätzung nach, sou-

dern auch tatsächlich keinerlei Veränderung der Arbeitsfähigkeit bedingt hat, wird in der Regel wohl kaum als vorwiegende Ursache eines sich eventuell erst nach Jahren ereignenden Suizids angesehen werden können. Vielmehr wird man in solchen Fällen bei genauerer Prüfung bereits vor dem Unfall bestehende oder unabhängig von diesem später aufgetretene körperliche oder seelische Erkrankungen, Potus, Siechtum, wirtschaftliche Not u. a. als wahrscheinlichere Ursachen des Zustandes von Lebensmüdigkeit erkennen. Nur in einem Falle des vorliegenden Materials, in dem der Selbstmord als Unfallsfolge angenommen wurde, ist nach abgeschlossenem Heilverfahren keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit wahrgenommen worden. Dies kann aber daher rühren, dass gewisse Schwankungen der Leistungsfähigkeit bei dem betreffenden Arbeiter deshalb nicht besonders auffielen, weil er schon vor dem Unfalle, wie auch nach ihm, zeitweise dem Trunke ergeben war. Wahrscheinlich wäre die Abnahme der Leistungsfähigkeit des Betreffenden aber doch noch zutage getreten, zumal sein verändertes Wesen im Umgange bereits aufgefallen war, wenn er nicht schon zwei Monate nach Wiederaufnahme der Arbeit seinem Leben ein Ziel gesetzt hätte.

Wird der Selbstmord aber bereits in den ersten Monaten nach dem Unfalle ausgeführt, so kann man auf die Heranziehung der Arbeitsfähigkeit zur Aufklärung und Beurteilung verzichten, da sich naturgemäss für diese kurze Zeit auch ohnedies gewöhnlich eine Brücke von Anzeichen im Falle des Bestehens einer Geisteskrankheit rekonstruieren lässt. Die Ausführung der Tat unmittelbar nach dem Unfalle oder auch in den ersten Wochen ist überdies verhältnismässig selten. Nippe kommt zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der Suizide in dem Zeitraum zwischen 3 Monaten und 3 Jahren nach dem Unfalle stattfinden. Zum Vergleiche seien die Daten aus den obigen Gutachten angeführt.

Es verübten den Selbstmord

unmittelbar nach dem Unfalle . . .	1
nach 12 Stunden	1

nach 21 Tagen	1
nach 3 Monaten	2
nach 1 Jahr	3
nach $1^1/_2$ Jahren	3
nach 3 Jahren	2
nach 6 Jahren	1
nach 7 Jahren	1
nach 15 Jahren	1

Untersucht man nun, ob zwischen dieser Zeitdauer und der Art der Geistesstörung, in welcher die Tat begangen worden ist, gewisse Beziehungen bestehen, so kann man feststellen, dass die Suizide, die sich erst viele Jahre nach dem Unfalle ereignen, aber in ursächlichem Zusammenhange mit ihm stehen, meist in einem hypochondrischen Zustande verübt werden. Wie in den Bemerkungen zu den Gutachten eingehender erörtert ist, handelt es sich in diesen Fällen zunächst meist um eine Unfallnervenschwäche, im Verlauf derer die hypochondrische Komponente immer mehr hervortritt. Das Vorhandensein einer Unfallneurasthenie ist bei fast allen Fällen, die ich unter der Bezeichnung „Hypochondrischer Zustand" zusammengefasst habe, sicher gestellt. Nur erschienen mir bei einzelnen die Erhebungen nicht so lückenlos, um die Möglichkeit der Entwicklung dieses Zustandes auf anderer Basis, als der Neurasthenie allein, ausser acht lassen zu dürfen. Es sei mir daher die allgemeiner gehaltene Bezeichnung „Hypochondrischer Zustand" gestattet. Die unter der Diagnose Hypochondrie veröffentlichten Fälle machen fast die Häfte der gesamten Literatur auf diesem Gebiete aus. Diese Erscheinung, das Vorherrschen des hypochondrischen Geisteszustandes bei Unfallselbstmördern, fand ich bestätigt.

Hypochondrischer Zustand	9
Depressiver Zustand	2
Insolationspsychose	1
Morphinismus und sek. Demenz	1
Rudim. Paranoia	1

Neurasthenie 1
Chron. Alkoholismus — Neurasthenie 1

Als Grundlage dieser Geistesstörungen konnte in den Gutachten, in welchen das Suizid als Folge des Unfalls angesehen wurde, neben der Wirkung des Traumas des Öfteren nur wenig Positives ermittelt werden. Dass die Erhebungen über erbliche Belastung und anderweitige etwa zur Geistesstörung führende äussere und innere Ursachen so häufig nur zu dem Ergebnis führen, dass der Betreffende „bis zu dem Unfalle stets völlig gesund" gewesen sei, lässt sich aus dem Bestreben der Angehörigen erklären, von vornherein alle Erwägungen über die Möglichkeit, dass der Selbstmord auf etwas anderes, als den Unfall zurückzuführen sei, auszuschliessen. Bestände dieses Bestreben nicht, so würde man wohl häufiger eine Praedisposition zu geistiger Erkrankung feststellen können, auf deren Bestehen man andernfalls nur durch den Vergleich mit ähnlichen, weniger folgenschwer verlaufenden Unfallereignissen schliessen kann.

Unter den mitwirkenden äusseren Ursachen habe ich oben bereits den verderblichen Einfluss des Alkoholismus besprochen. Nicht selten tragen Krankheiten in der Familie und wirtschaftliche Not das ihre zu dem unglücklichen Ausgange bei. Hervorgehoben werden muss aber noch ein Faktor, dessen Ausschaltung nicht ausserhalb des Bereiches der Möglichkeit liegt: ich meine den Kampf, den der Verletzte zuweilen um die Erlangung einer angemessenen Rente zu führen gezwungen ist. Dieser berechtigte Kampf des Verletzten sollte von der Berufsgenossenschaft durch regelmässige Einholung von spezialärztlichen Gutachten und wohlwollendes Entgegenkommen möglichst vermieden oder abgekürzt werden. Es ist dabei nicht zu verkennen, wie schwierig es mitunter anfangs ist, berechtigte von unberechtigten Ansprüchen zu scheiden. Ohne klinische Beobachtung und Begutachtung durch Spezialärzte sollten aber immer wiederkehrende Klagen Unfallkranker nicht als unberechtigt zurückgewiesen werden, wie das noch zuweilen geschieht.

Zum Schlusse seien noch die angewandten Selbstmordarten einer kurzen Betrachtung unterzogen:

Von den Begutachteten fanden den Tod:

durch Erhängen . .	10	durch Ertränken . . .	1
durch Lysolvergiftung	3	durch Erschiessen . .	1

In einem der vorliegenden Fälle konnte die Todesart nicht mehr festgestellt werden.

Das Erhängen steht wohl deshalb an erster Stelle, weil es sich vor allen andern Mitteln durch leichte und schnelle Ausführbarkeit auszeichnet. Morselli[25] betont zwar, dass für die Wahl des Mittels hauptsächlich zwei Gesichtspunkte bestimmend seien: Die Sicherheit der Wirkung und die Kürze des Schmerzgefühles. Da der Selbstmord aber eine Affekthandlung, und ein Affekt nach Kant diejenige Bewegung des Gemüts ist, welche es unvermögend macht, freie Überlegungen anzustellen, um sich danach zu bestimmen — eine Definition, die gleichzeitig die impulsiven Affekthandlungen, die Triebhandlungen erklärt — glaube ich nicht, dass in der Regel der Wahl des Mittels derartig weitgehende Erwägungen vorausgehen. Eher möchte ich zu der Annahme neigen, dass die Art der Ausführung in manchen Zeiten von der grossen „Massensuggestion" der Mode abhängig ist und glaube ich hierfür als Beweis die Häufigkeit der Phosphor- und Lysolvergiftungen in manchen Jahren anführen zu können. Das Erschiessen, das im allgemeinen einen grossen Prozentsatz unter den Selbstmordarten ausmacht, ist wohl bei Unfallverletzten deshalb seltener, weil seine Ausführung, infolge Fehlens einer Schusswaffe, meist eine Geldausgabe voraussetzt, zu welcher der um seinen Lebensunterhalt ringende Arbeiter nicht in der Lage ist.

Was nun die Beziehungen zwischen der geistigen Verfassung des Selbstmörders und der Art des Selbstmordes anbetrifft, so habe ich aus den vorstehenden Gutachten nichts Typisches dafür entnehmen können. Huebner[11] erwähnt, dass es sich nicht leugnen lasse, dass bei Betrachtung einer grösseren Reihe von Fällen gewisse Be-

ziehungen nachweisbar seien. Er führt die Rücksichtslosigkeit bei der Ausführung der Tat und die Häufung von Selbstmordversuchen als typisch für Melancholie an, zitiert Stelzner, die sagt, dass Hysterische und manche Degenerierte bei ihren Versuchen eine gewisse Erfindungsgabe an den Tag legen oder wenigstens eine geschickte „dramatische Einkleidung der Handlung" versuchen, und erwähnt schliesslich die Vorliebe der Paranoiker, sich die Pulsadern zu öffnen. Aus der Todesart allein, auch wenn sie sehr absonderlich oder theatralisch ist, will Huebner aber ebensowenig wie Mendel[24] Schlüsse ziehen. Unbedingt irrig ist die Anschauung der Berufsgenossenschaft, wenn sie im Falle 5 in dem Umstande, dass sich der Kranke das Lysol selbst beschafft hat, den Beweis dafür sieht, dass er mit Überlegung gehandelt haben müsse. A. Leppmann führt demgegenüber in seinem Gutachten aus, dass es ganz belanglos sei, ob der Betreffende sich das Lysol selbst beschafft habe, da eine solche „Überlegung" mit schwerer Geisteskrankheit, namentlich mit tiefem krankhaftem Gemütsdruck sehr wohl vereinbar sei und gerade selbstmordsüchtige Geisteskranke oft die äusserste Verschlagenheit in der Beschaffung der Selbstmordgelegenheit zeigen.

Wir dürfen uns also der Erkenntnis nicht verschliessen, dass die Art der Ausführung des Suizides uns nur in den erwähnten, verschwindend seltenen Fällen gewisse Fingerzeige für die Beurteilung gibt, denn diese Ausführung ist vorwiegend durch Gelegenheit, Zufall und Beispiel bedingt.

IV. Schlusswort.

In der Beurteilung von Selbstmorden hat im Laufe der Zeiten eine mildere Auffassung Platz gegriffen. Gewisse noch bestehende Härten ergeben sich aus dem Umstande, dass man die in unzurechnungsfähigem Zustande begangenen Suizide streng von den nicht in einem solchen Zustande verübten zu trennen sucht. Den durch diese Scheidung bedingten Schwierigkeiten kann nur dadurch begegnet werden, dass man die Forderung des Ausschlusses der freien Willensbestimmung als Voraussetzung zur Abwendung rechtlicher und wirtschaftlicher Nachteile für die Hinterbliebenen von Selbstmördern, insbesondere von Unfallselbstmördern, fallen lässt und sich an ihre Stelle mit dem Nachweis der erheblichen Verminderung der Zurechnungsfähigkeit begnügt.

Die Erbringung dieses Nachweises ist durch die Erschöpfung aller Aufklärungsmittel möglichst lückenlos zu gestalten. Vor allem sind mehr als bisher die Ergebnisse der Sektion und der histopathologischen Untersuchung des Gehirns bei der Beurteilung zu verwerten.

Die Massregeln zur Verhütung von Unfallselbstmorden müssen bereits mit der Bekämpfung des Entstehens der funktionellen Unfallnervenkrankheiten beginnen. Von grösster Bedeutung sind hierfür: Die Verhinderung des wirtschaftlichen Zusammenbruches Unfallverletzter, sei es durch angemessene Unterstützung, sei es durch Anweisung geeigneter Beschäftigung, Hebung der Lebensverhältnisse des Versicherten durch Schaffung hygienischer Lebensbedingungen (Arbeiterwohnungen auf dem Lande, in weiterer Umgebung der Großstädte, Gelegenheit zur Ausübung rationeller Körperpflege usw.) sowie ärztliche Aufklärung über die Vermeidung beruflicher und ausserberuflicher

Schädlichkeiten. Endlich die Schärfung des sozialen Pflichtgefühls, wobei unter Pflicht nach Schopenhauer eine Handlung zu verstehen ist, deren blosse Unterlassung ein Unrecht ist. Dass ein Appell an das Pflichtgefühl die äusserste Anspannung aller physischen und psychischen Kräfte herbeiführen und das Individuum geringere Beschwerden überwinden lassen kann, hat uns Deutsche der jetzt die Welt durchbrausende Krieg gelehrt.

V. Literaturverzeichnis.

1. Becker, L., Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit, 1909.
2. Biesalski, K., Kriegskrüppelfürsorge, 1915.
3. Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie, 1915.
4. Brosch, Die Selbstmörder, 1909.
5. Gaupp, R., Über den Selbstmord, 1910.
6. Giese, Zwei Gutachten als Beitrag zur Frage Selbstmord oder Unfall (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1908).
7. Gottschalk, R., Gerichtliche Medizin, 1912.
8. Heller, Zur Lehre vom Selbstmord (Münchn. Med. Wochenschrift, 1900, Nr. 48).
9. Hoche, A., Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 1909.
10. Huebner, Lehrbuch der forensischen Psychiatrie, 1913.
11. Huebner, Über den Selbstmord, 1910.
12 Jacobi, A., Zur Verhütung des Entstehens von Unfallneurosen (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, dritte Folge XL, 2).
13. Jaspers, K., Allgemeine Psychopathologie, 1913.
14. Jolly, Th., Selbstmord nach Unfall (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1911, Nr. 15).
15. Kaufmann, C., Handbuch der Unfallmedizin, Bd. 2, 1915.
16. Knepper, Zwei Fälle von Selbstmord (Zeitschrift für Versicherungsmedizin, 1913, Heft 1).
17. Krafft-Ebing, R. v., Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, 1900.
18. Kraepelin, Psychiatrie, 1909—1913.
19. Leppmann, A., Begutachtung des Selbstmordes bei den privaten Lebens- und staatlichen Unfallversicherungen (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 15. 10. 1899).
20. Leppmann, A., Leuchtgasvergiftung als Betriebsunfall (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1901, Nr. 17—19).
21. Leppmann, A., Heilung einer Psychose durch Kopfverletzung (Breslauer ärztl. Zeitschrift, 1885, Nr. 5).
22. Leppmann, F., Chronische Verrücktheit als Unfallfolge (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1901, Nr. 8).
23. Mendel, K., Der Unfall in der Ätiologie der Nervenkrankheiten, 1908.
24. Mendel, K., Über den Selbstmord bei Unfallverletzten (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 33, Heft 4).

25. Morselli, Der Selbstmord, 1881.
26. Nippe, Selbstmord und Reichsversicherungsordnung (Vierteljahrsheft für gerichtl. Medizin, 1914, I. Supplement).
27. Nissl, Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten, Bd. 1, Heft 1—3.
28. Pfeifer, Über den Selbstmord. 1912.
29. Placzek, Huntingtonsche Chorea, Selbstmordversuch, Tod durch Lungenembolie, Unfallfolge (Medizinische Klinik, 1913, Nr. 19 u. ff.).
30. Placzek, Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung, 1915.
31. Quensel, Melancholische Depressionen durch Kohlenoxydvergiftungen (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1912, Nr. 15).
32. Rekursentscheidungen des Reichsversicherungsamtes (Anlagen zum „Kompass").
33. Rothauge, Der Selbstmord als mitversichertes Ereignis der Todesfallsversicherung (Zeitschrift für die ges. Versicherungswissenschaft, 1911, Heft 3 und 4).
34. Aus dem Sächs. Landesversicherungsamt, Ablehnung der Unfallrente für die Hinterbliebenen eines Selbstmörders (Entscheidung vom 14. März 1914).
35. Schlockow, Roth, Leppmann, Der Kreisarzt, 1906.
36. Schulze, E., Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes (Sammlung zwangloser Abhandlungen, Hoche, Freiburg, Bd. 9, Heft 1).
37. Schultze und Strusberg, Erfahrungen über Neurosen nach Unfällen.
38. Seydel, Drei Fälle von versuchter Täuschung durch Selbstmord (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1909, Nr. 4).
39. Sichel, Zur Psychopathologie des Selbstmordes (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, Nr. 10).
40. Stelzner, H. F., Analyse von 200 Selbstmordfällen, 1906.
41. Thiem, C., Handbuch der Unfallerkrankungen, 1909—1910.
42. Unger, M., Der Selbstmord in der Beurteilung des geltenden bürgerlichen Rechts, 1913.
43. Wassermann, Über den Selbstmord (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 67, Heft 5).
44. Wassermeyer, Über den Selbstmord (Archiv für Psychiatrie, Bd. 50, Heft 1).
45. Windscheid, Selbstmord als Unfallfolge (Med. Klinik, 1908, Nr. 39).
46. Windscheid, Selbstmord als Unfallfolge (Med. Klinik, 1909, Nr. 12).
47. Ziehen, Th., Psychiatrie, 1911.

Inhalt.

Seite

I. Historisches und allgemeine Übersicht 5
II. Kasuistik 20
III. Zusammenfassung der Ergebnisse 85
IV. Schlusswort 94
V. Literaturverzeichnis 96

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Friedrich Wilhelm Bruno Schoetz, Sohn des Verlagsbuchhändlers Richard Schoetz (gest. 1905) und seiner Ehefrau Olga, geb. Weitzmann, wurde am 6. Mai 1889 zu Berlin geboren. Er besuchte die Vorschule des Kgl. Friedrich-Wilhelms-Gymnasiums und das Kgl. Wilhelms-Gymnasium zu Berlin bis zur Quarta, darauf das Gymnasium zu Guben, das er im Sommer 1905 nach Versetzung in die Obersekunda verliess, um sich einer buchhändlerischen Lehrzeit in Oldenburg und Dresden zu unterziehen. Im Jahre 1908 begann er sich auf die Reifeprüfung vorzubereiten, die er Ostern 1910 nach einjährigem Besuche der Oberprima des Gymnasiums zu Guben bestand. Er widmete sich dem Studium der Medizin und verbrachte das erste Semester in München, das zweite in Berlin, und begab sich darauf nach Freiburg, woselbst er im Juli 1912 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Die folgenden Semester studierte er in Berlin und Jena, bezog Ostern 1914 die Universität Heidelberg und bestand dort am 13. März 1915 die ärztliche Hauptprüfung. Seit Kriegsbeginn ist Verfasser im Kriegssanitätsdienst tätig und steht z. Z. als Assistenzarzt d. L. bei einem Infanterieregiment im Osten.